

Année 1945

N°

82

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André Lucien GRANJON

Né le 18 Décembre 1913 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19.....

LES AVORTEMENTS
GEMELLAIRES

Étude de 100 Observations

Président : M. L. PORTES, Professeur.

Lucien CARIO, Imprimeur

13, Pass. Trubert-Bellier

PARIS (XIII^e)

1945

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André Lucien GRANJON

Né le 18 Décembre 1913 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19.....

LES AVORTEMENTS
GEMELLAIRES

Étude de 100 Observations

Président : M. L. PORTES, Professeur.

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1945

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. ROGER, BALTHAZARD, ROUSSY ET TIFFENEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAR, BASSET, BEZANÇON, BRINDEAU, CARNOT, CHIRAY, CLAUDE, CLERC, A. COUVELAIRE, CUNÉO, DELBET, HARTMANN, HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LENORMANT, MARION, MULON, OMBRÉDANNE, H. ROGER, ROUSSY, SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON ET TIFFENEAU

DOYEN BAUDOUIN.

ASSESSEUR LÉON BINET.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	{ BROCC.
	{ CADENAT.
	{ MONDOR.
	{ QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale....	LÉVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Cliniques médicales	{ ABRAMI.
	{ FIESSINGER.
	{ HARVIER.
	{ P.-VALLÉRY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	{ LANTUÉJOUL.
	{ LÉVY-SOLAL.
	{ PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin-).
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	BÉNARD (Henri).
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (<i>Physique médicale</i>), GAILLARD (<i>Parasitologie</i>), GIROUD (<i>Histologie</i>), JAYLE M. (<i>Chimie médicale</i>), LAROCHÉ G. (<i>Médecine générale</i>), OLIVIER (<i>Anatomie</i>), VERNE (<i>Histologie</i>).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER. N...		{ GARCIN. DE GENNES.
Anat. pathologique..	{ DELARUE. M ^{lle} GAUTHIER VILLARS.	Médecine générale..	{ HAGUENAU. LELONG. LENÈGRE.
Bactériologie	BONNET.		{ MARCHAL.
Chimie médicale ..	N...		{ MOLLARET.
	{ AMELINE. FÈVRE. FUNCK-BRENTANO.	Médecine légale	{ MOUQUIN. SOULIÉ.
Chirurgie générale..	{ MÉNÉGAUX. PATEL. SICARD. N... N... N...	Obstétrique	{ DESOILLE. DIGONNET. LACOMME. SUREAU. N...
Histologie	BULLIARD.	Ophtalmologie	RENARD.
Hydrologie	N...	Oto-rhino-laryngol..	HALPHEN.
Hygiène	N...	Parasitologie	LAVIER.
	{ BARIÉTY. BERNARD (Ét.) BOULIN.	Parasitol. coloniale ..	N...
Médecine générale..	{ BROUET. CACHERA. COSTE. DELAY.	Pathologie expérim..	LEMAIRE.
		Pharmacologie	{ M ^{lle} J. LÉVY. N...
		Physiologie	{ RICHET. N...
		Physiolog. médicale.	DESGREZ (H.).
		Thérapeutique	TURPIN.
		Urologie	

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS
RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIÉDELIÈVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Cliniq. chirurgicale.	{ GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique médicale ..	{ ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy
Cliniq. obstétricale .	ECALE.	Clinique urologique.	{ MOREAU. FEY.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.		MM.
Puériculture	N...	Stomatologie	DECHAUME.
Radiologie	LEDoux- LEBARD.		

MM.

Secrétaire de la Faculté. J. MOREL.
Secrétaire-adjoint M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef.. A. HAHN.
Bibliothécaires M^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Dont l'exemple de chaque jour fut pour
moi la meilleure des leçons.*

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma reconnaissance
et de mon immense tendresse.*

A MA FEMME

*Je dédie ce travail, avec toute mon affec-
tion.*

A MA FILLE MARIE-CHRISTINE

A MON FRÈRE

*Qui assume la lourde charge de la suc-
cession paternelle.
Il nous a toujours guidé dans la vie de
ses sages conseils.
Témoignage de mon affection et de ma
grande reconnaissance.*

A MA SOEUR

A MES BEAUX-PARENTS

*En remerciement des marques d'affec-
tion qu'ils m'ont toujours témoignées.*

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR ALBERTO AOUN

En toute amitié.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PORTES

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
Gynécologue Accoucheur de la Maternité de Paris

*La discipline de travail qu'il enseigne
par l'exemple, la fécondité de son en-
seignement, la finesse de son esprit
attirent et retiennent.*

*Qu'il me permette ici de le remercier de
sa bienveillance à mon égard et de
lui exprimer, avec toute mon admira-
tion, mon absolu et très respectueux
dévouement.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur C. JEANNIN

Dont l'enseignement si brillant nous initia à l'obstétrique.

Les six mois passés auprès de lui à la Clinique Tarnier décidèrent de notre avenir dont il fixa les premières étapes en nous orientant vers les Maîtres de notre internat.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de mon profond attachement.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur P. LANTUÉJOUL
Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
Gynécologue Accoucheur de la Clinique Tarnier

*Hommage de profonde reconnaissance
pour l'enseignement précieux et la
grande bienveillance qu'il m'a prodigés
pendant mon séjour dans son service.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur P. BROCC

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

*En témoignage de mon respectueux et
profond attachement pour l'indulgent
et affectueuse sollicitude qu'il n'a cessé
de nous prouver.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur H. MONDOR
Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de la Salpêtrière

Maître si attachant par ses dons multiples.

*En témoignage d'admiration, de respect
et de dévouement.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur J. LEVEUF

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades

*Nous fûmes son externe puis son interne
à l'Hôpital Bretonneau.*

*Il nous a toujours témoigné une grande
bienveillance.*

*Hommage de profonde et reconnaissante
admiration.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine

*Nous avons l'heureuse fortune d'être son
interne.*

*Il nous a initié aux techniques de la voie
basse en gynécologie.*

*Il nous prodigue ses conseils chaque jour
avec bienveillance.*

En hommage de très grand respect.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur RICHARD

Chirurgien de l'Hôpital Foch

Son dynamisme souriant et son habileté opératoire ont toujours fait notre admiration.

Il nous initia à la chirurgie osseuse, disciplina nos gestes, ordonna nos habitudes.

En témoignage de notre vive reconnaissance et de notre grand respect.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur JEAN RAVINA

Gynécologue Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis

*Nous avons passé un trop court semestre
à ses côtés à la Maternité de l'Hôpital
Tenon, puis de Saint-Louis.*

*Il n'a cessé de nous prodiguer des mar-
ques de la plus cordiale bienveillance.
Qu'il nous permette de l'assurer de notre
fidèle reconnaissance et de notre res-
pectueuse affection.*

À NOS MAITRES

Monsieur le Professeur Agrégé R. GARCIN
Médecin de l'Hôtel-Dieu

*Avec toute notre reconnaissance pour la
bienveillance qu'il nous a témoignée
en toute circonstance.*

Monsieur le Docteur J. LEVESQUE

Médecin de la Salpêtrière

*Qui a guidé nos débuts en pédiatrie.
En témoignage de notre plus vive reconnaissance
et de notre grand respect.*

A Monsieur le Docteur VARANGOT

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux

*Qui fut pour nous un conseiller et un
ami.*

*En témoignage de notre plus vive sym-
pathie.*

A Monsieur le Docteur MERGER

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux

*En assurance de notre reconnaissance et
de notre amitié.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1933-34 Monsieur le Professeur A. GOSSET
(in mémoriam)
Monsieur le Professeur E. SERGENT
(in mémoriam)
1934-35 Monsieur le Professeur J. LEVEUF

Externat

- 1935-36 Monsieur le Docteur R. TOUPET
1936-37 Monsieur le Docteur A. TZANCK
Monsieur le Docteur GUILLEMOT

Externat en Premier

- 1937-38 Monsieur le Professeur C. JEANNIN
Monsieur le Professeur Agrégé BOULIN
Monsieur le Professeur Agrégé RICHET
Monsieur le Docteur TOURAINE
1938-39 Monsieur le Professeur Agrégé R. GARCIN

Internat

- 1940-41 Monsieur le Docteur A. RICHARD
1941-42 Monsieur le Professeur J. LEVEUF
Monsieur le Docteur JEAN RAVINA
1942-43 Monsieur le Professeur P. LANTUEJOL
Monsieur le Professeur L. PORTES
1943-44 Monsieur le Professeur L. PORTES
Monsieur le Professeur P. BROCC
1944-45 Monsieur le Professeur H. MONDOR
Monsieur le Professeur P. MOCQUOT

A MES MAÎTRES

Monsieur le Docteur A. SICARD

Professeur Agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur J. GOSSET

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur GUEULETTE

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur RUDLER

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur L. LÉGER

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur PETIT

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Assistés

Monsieur le Docteur LEPAGE

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux

Qui nous ont guidé avec bienveillance.

AUX DOCTEURS

MORIN, PALMER, BERTRAND, MUSSET,
ROBEY, THOYER-ROZAT, JAMAIN, BRET

A MES CONFÉRENCIERS

A MES AMIS

LES AVORTEMENTS GÉMELLAIRES

ÉTUDE DE 100 OBSERVATIONS

*« Les exemples persuadent bien mieux
que les simples raisonnements, et l'ex-
périence donne la perfection à tous
les Arts. » — MAURICEAU.*

INTRODUCTION

Les grossesses et les accouchements gémellaires ont donné lieu à de très nombreuses publications.

L'étude des avortements gémellaires, par contre, n'a jamais été faite, à notre connaissance, d'une façon systématique avec des données statistiques importantes.

On trouve habituellement quelques lignes les concernant :

— soit dans l'étude des formes cliniques des avortements ;

— soit dans l'étude des grossesses gémellaires : et l'on signale à leur propos la fréquence des rétentions placentaires, source d'hémorragie et d'infection. Nous avons pensé qu'une étude d'ensemble basée sur la lecture de 100 observations pouvait être intéressante, et permettrait de tirer certaines conclusions.

Ce travail ne pouvait être fait sans le secours d'archives hospitalières bien tenues, et nous avons pu le mener à bien grâce aux observations de la clinique Baudelocque que nous avons relevées de 1892 à 1943 inclus.

Sur 52 années, on a colligé 100 observations d'avortements gémellaires.

Nous envisagerons successivement à leur propos :

- les Facteurs Etiologiques ;
- les Symptômes ;
- les Complications ;
- le Pronostic et le Traitement.

FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

1° *La Parité.* — Voici d'abord les chiffres.

Parité	Nombre de cas
Primigestes	42
Secondigestes	26
Troisième	15
Quatrième	9
Cinquième	3
Sixième	1
Septième	1
Huitième	1
Neuvième	1
Dixième	1
Quatorzième	1

Soit 42 % de Primigestes
 26 % de Secondigestes
 32 % de Multigestes.

Ces 42 % de Primigestes sont en contradiction avec les statistiques classiques fixant une plus grande fréquence de la gémellité chez les multipares, statistiques qui concernent les accouchements gémellaires.

Cette notion ne nous paraît pas ici sans intérêt dans l'étiologie possible de certains avortements survenus sans cause apparente vers 4 ou 5 mois. Il est probable que certains utérus de primigestes mal adaptés à un accroissement si rapide, entrent en contraction prématurément et chassent leur contenu.

— On sait d'ailleurs la tendance habituelle de

la grossesse gémellaire à s'interrompre avant terme.

Les accouchements prématurés sont plus fréquents que les accouchements à terme, et sont aussi plus fréquents chez les primigestes. La nulliparité intervient donc dans les deux cas. Elle est un facteur :

— soit d'accouchements prématurés ;

— soit d'interruption avant la date de viabilité des fœtus.

2° *L'âge*. — Nous avons relevé successivement :

— l'âge de la mère ;

— l'âge du Procréateur ;

— l'âge du couple.

Voici d'abord les chiffres :

Envisagé par tranches de 5 ans, on trouve, sur 100 cas :

a) *Age de la mère* :

Age	Nombre de cas
Entre 16 et 20 ans.....	13
De 21 à 25 ans.....	37
De 26 à 30 ans.....	21
De 31 à 35 ans.....	19
De 36 à 40 ans.....	9
De 41 à 45 ans.....	1

On peut résumer plus succinctement encore en 2 classes :

Au-dessous de 30 ans...	71
Au-dessus de 30 ans ...	29

b) *Age du Procréateur* :

L'âge du Procréateur a été noté 86 fois seulement. Envisagé de la même façon par tranches de 5 ans, nous trouvons :

Age	Nombre de cas
De 16 à 20 ans.....	4
De 21 à 25 ans.....	16

De 26 à 30 ans.....	29
De 31 à 35 ans.....	20
De 36 à 40 ans.....	9
De 41 à 45 ans.....	6
De 46 à 50 ans.....	0
De 51 à 55 ans.....	2
— Soit, au-dessous de 30 ans	49
au-dessus de 30 ans	37

c) *Age du Couple :*

Il ne peut être envisagé de même que dans 86 cas. Voici les chiffres :

Age	Nombre de cas
De 35 à 40 ans.....	4
De 41 à 45 ans.....	8
De 46 à 50 ans.....	12
De 51 à 55 ans.....	17
De 56 à 60 ans.....	12
De 61 à 65 ans.....	13
De 66 à 70 ans.....	12
De 71 à 75 ans.....	2
De 76 à 80 ans.....	4
De 81 à 85 ans.....	1
De 86 à 90 ans.....	1
— Soit, au-dessous de 60 ans	53
au-dessus de 60 ans	33

Nous ne pouvons examiner ces chiffres, sans faire quelques remarques, car ils ne sont pas non plus en accord avec les statistiques portant sur l'âge de la gémellité, statistiques qui donnent un maximum de fréquence entre 35 et 39 ans, pour les femmes présentant des accouchements gémellaires.

Nous trouvons ici une majorité de femmes jeunes. 70 % ont moins de 30 ans.

Nous pouvons faire la même remarque pour l'âge du père, puisque, en dehors de quelques procréateurs attardés de 50 ans ou plus, 49 sur 86 ont aussi moins de 30 ans.

Partant, l'âge des couples est aussi peu élevé :

— 54 sur 86 ont moins de 60 ans ;

— 33 sur 86 ont plus de 60 ans.

C'est-à-dire que, dans la majorité des cas (soit 61,6 %), ils ne totalisent pas 60 ans.

Il est habituel d'ailleurs de signaler que l'âge du père n'influe en rien sur la fréquence de la gé-mellité, alors qu'on accorde une certaine valeur à l'âge de la mère.

Mais, il est aussi exact de noter que l'âge n'in-flue que sur les grossesses bichoriales, la fréquence des grossesses univitellines n'ayant aucun rapport avec l'âge.

Or, ici nous avons une proportion plus impor-tante de grossesses unichoriales : 31 sur 84 dont le type a pu être noté.

Quoiqu'il en soit, il ressort que l'avortement gémellaire est plus souvent le fait de la femme jeune : 70 % ont moins de 30 ans. Cette notion s'ac-corde avec notre première conclusion sur la parité : 42 % de primigestes. Ces deux facteurs peuvent jouer dans la tolérance de l'utérus, vis-à-vis d'un contenu anormalement développé.

3° *Le type de grossesse.*

Le type de grossesse gémellaire uni ou bicho-riale a pu être précisé dans la majorité des cas. C'est ainsi que nous trouvons :

— grossesses bichoriales	53
— grossesses unichoriales	31
dont : biamniotiques.....	27
monoamniotiques . . .	4
— sans renseignements	13
— grossesses triples	3
les 3 avec un œuf unichorial et	
1 œuf simple.	

Nous disons volontairement : gémellaire uni ou bichoriale et non uni ou biovulaire, car il s'agit ici

d'une différenciation anatomique basée sur l'examen des membranes et l'existence d'anastomoses vasculaires, critères qui sont insuffisants.

Il manque en effet les critères génétiques basés sur l'examen ultérieur des jumeaux vivants. On conçoit donc que dans ces cas, il soit par définition impossible de préciser plus. Il est intéressant toutefois de noter sur les 84 avortements gémellaires dont on a pu préciser le type :

31 cas de grossesses unichoriales, soit 36,9 %, c'est-à-dire une proportion supérieure à celle donnée pour les accouchements gémellaires, soit 30 %.

De plus, sur 31 cas d'unichoriales, on note :

27 Biamniotiques, soit 87,1 %,

4 Mono, soit 12,9 %.

c'est-à-dire, une proportion de monoamniotiques, très supérieure à celle trouvée pour les accouchements gémellaires (soit 2 %).

4° *Les Antécédents.*

L'étude des antécédents n'a pu être précisée que dans 2 directions.

— antécédents obstétricaux,

— antécédents gémellaires.

a) *Antécédents obstétricaux :*

Ils ne concernent bien entendu que les secondipares et les multipares, soit 58 % des femmes.

Ces 58 secondipares ou multipares ont présenté avant leur avortement gémellaire 143 grossesses terminées par :

— 118 accouchements,

— 25 avortements.

Sur ces 143 grossesses, il y avait d'ailleurs 3 gémellaires et 1 triple.

Soit en tout : 148 enfants conçus.

Il nous a paru intéressant de voir la proportion d'enfants vivants au moment où ces femmes ont fait leur avortement gémellaire, proportion qui per-

met de juger en partie la valeur du terrain producteur. Voici le détail du déchet sur la totalité des enfants conçus :

— avortements	25
— macérés	6
— mort-nés	2
— morts dans les suites de couches	3
— morts du fait d'accouchements prématurés	5
— morts en bas-âge	18

Soit 89 vivants sur 148 conçus.

Si on élimine les avortements, il reste 123 enfants dont :

- 34 morts,
- 89 vivants.

Soit une mortalité de : 27,62 %.

Il faut tenir compte des années éloignées sur lesquelles porte en partie cette statistique, époque où la mortalité infantile était beaucoup plus forte que de nos jours. Il n'en reste pas moins vrai que le terrain ne paraît pas excellent.

b) *Antécédents gémellaires* :

Nous avons recherché dans toutes nos observations, les antécédents de gémellité :

- soit héréditaires paternels ou maternels ;
- soit personnels.

Nous avons noté dans :

- 12 observations des antécédents héréditaires ;
- 2 » des antécédents héréditaires et personnels ;
- 2 observations des antécédents personnels seuls.

Soit en tout 16 observations avec antécédents héréditaires ou personnels, ou associés.

Il s'agissait de : 11 grossesses bichoriales et 5 grossesses unichoriales dont 1 triple.

Les données classiques qui accordent un rôle à

l'hérédité uniquement dans les gémellaires biovulaires, nous paraissent ici en défaut, ce qui confirme d'ailleurs notre opinion basée sur des statistiques plus importantes d'accouchements gémellaires.

D'ailleurs, le fait de rencontrer chez la même femme à quelques années de distance une gémellaire unichoriale puis une bichoriale ou une grossesse triple avec un œuf unichorial suivie d'une gémellaire bichoriale milite encore en faveur de cette assertion. L'étude de ces antécédents révèle que :

- 8 fois la gémellité était du côté maternel
- 2 fois la gémellité était du côté paternel ;
- 4 fois il y avait des antécédents familiaux paternels ou maternels.

Dans les 2 cas d'antécédents personnels seuls, on trouve :

- d'une part, une grossesse triple avec 3 enfants vivants,
- d'autre part, une fausse couche gémellaire.

Il nous paraît inutile d'insister sur cette étude qui intéresse plus l'étiologie de la gémellité que celle des avortements gémellaires.

ETIOLOGIE

L'étude des causes des avortements gémellaires représente la partie la plus intéressante de ce sujet, mais aussi celle qui prête le plus à discussion.

En effet :

1° Si, dans certains cas, l'avortement peut être rapporté de toute évidence à une cause précise.

2° Dans d'autres, le fait de trouver une cause n'exclut pas les coïncidences.

3° Dans d'autres enfin, l'étiologie reste dans le domaine de l'hypothèse.

C'est pourquoi, nous envisagerons tout d'abord un certain nombre de causes patentes, puis nous discuterons ensuite la part de certains facteurs dans l'étiologie de l'avortement gémellaire.

1° HYDRAMNIOS AIGU

Nous en avons noté 15 cas.

Nous n'avons considéré comme hydramnios aigu que les hydramnios à développement rapide, accompagnés de signes fonctionnels et généraux menaçant la vie de la mère.

Nous n'envisagerons pas ici la pathogénie de l'hydramnios aigu qui a été étudiée en détail par MM. Mutel et Vermelin.

Nous ne voulons qu'en voir les conséquences quant à l'interruption de la grossesse gémellaire uni-choriale.

Ces conséquences sont les suivantes :

— Développement exagéré de l'utérus avec tension permanente de ses parois, par suite de la pré-

sence d'une poche amniotique contenant en moyenne 4 à 6 litres de liquide. D'où une hauteur utérine de 30 à 40 cm. ou plus à 5 ou 6 mois.

— Apparition de signes fonctionnels et généraux : dyspnée, troubles de compression, troubles du pouls ; l'avortement est inévitable :

— Soit que la distension de la fibre utérine amène l'entrée en travail,

— Soit que, plus souvent, la distension des membranes amène la rupture de la poche amniotique suivie de l'évacuation du liquide et dans les heures qui suivent des contractions utérines du travail.

Ajoutons que, lorsque les signes locaux ne suffisent pas à entraîner l'avortement, l'importance des signes généraux impose parfois de le provoquer. L'avortement provoqué garde ici une de ses très rares indications, il est justifié parce que la vie de la mère est directement menacée, menacée d'ailleurs par des fœtus non viables. L'hydramnios aigu précoce est incompatible avec l'évolution à terme.

2° HYDRAMNIOS CHRONIQUE

Nous en avons noté 3 cas, soit 3 %.

A côté de l'hydramnios aigu, nous trouvons des cas où la quantité de liquide amniotique est exagérée et s'accompagne aussi de tension permanente des parois utérines, mais cet hydramnios est à développement progressif et n'entraîne pas de signes fonctionnels.

La distension utérine n'atteint jamais le degré rencontré au cours des hydramnios aigus. Ces hydramnios chroniques peuvent se voir dans les gémeillaires bi ou unichoriales.

Sans discuter non plus leur pathogénie d'ailleurs mal élucidée, nous constatons leurs conséquences ou tout au moins leurs coïncidences avec une

interruption de la grossesse avant la date de viabilité du fœtus.

Nous en avons noté 3 cas.

Il s'agissait 3 fois de primigestes jeunes et indemnes de syphilis.

Nous pensons que le fait pour une primigeste d'avoir une hauteur utérine de 30 à 35 cm., à 6 mois, correspondant à un utérus anormalement développé et distendu, suffit à entraîner l'entrée en travail sous l'influence d'une cause déclanchante minime.

3° INSERTION BASSE DU PLACENTA

Nous en avons noté 9 cas, soit 9 %.

3 points nous paraissent intéressants à préciser :

— la fréquence des insertions basses au cours des grossesses gémellaires ;

— la fréquence des avortements gémellaires par placenta prævia ;

— la pathogénie du décollement placentaire, cause de l'hémorragie et de l'avortement.

1°) *Fréquence des insertions basses*

Elle est plus grande au cours des grossesses gémellaires qu'au cours des grossesses simples. Aux causes classiques des insertions basses, endométrites en particulier, il faut ajouter un facteur propre à la gémellité : la plus grande surface d'insertion placentaire.

En effet :

a) d'une part un placenta dont l'insertion n'est pas rigoureusement centrée, aura plus de chance, par son étendue, de déborder sur le segment inférieur ;

b) d'autre part, et surtout la présence de 2 placentas souvent éloignés l'un de l'autre, fait que l'un

d'eux s'insère en partie ou en totalité sur le segment inférieur : ce fait est propre à la grossesse gémellaire bichoriale.

Sur les 9 cas envisagés, nous avons étudié les rapports avec l'âge et la parité.

a) Age : de 21 à 25 ans : 6 cas.

de 26 à 30 ans : 2 cas.

36 ans : 1 cas.

b) Parité : Primigeste : 2 cas.

Deuxième : 5 cas.

Sixième : 1 cas.

Septième : 1 cas.

On retrouve donc rarement le terrain classique de la multipare à utérus distendu, présentant des signes d'endométrite, chez laquelle, la gémellité bichoriale par la présence de ses 2 placentas, ajoute une chance de plus à l'insertion basse. On constate au contraire la plus grande fréquence de primigestes et secondigestes où la gémellaire bichoriale est sans doute le seul facteur étiologique à envisager par la greffe d'un de ses placentas en totalité ou en partie sur le segment inférieur. On comprend aussi que la présence d'une grossesse triple par l'existence de 3 placentas prédispose d'autant plus encore aux insertions basses.

2°) *Fréquence des avortements gémellaires par placenta prævia*

Nous n'avons considéré comme tels que les cas où, aux signes cliniques d'insertion basse s'ajoutaient des données anatomiques fournies par l'examen de l'œuf.

En effet, s'il est aisé à terme d'affirmer l'insertion basse, le diagnostic est plus difficile lorsque l'œuf est expulsé dans les premiers mois : l'endométrite, qui est d'ailleurs une cause fréquente de placenta prævia, peut donner lieu à des hémorragies dont l'importance pourrait faire penser clinique-

ment à un proëvia, de plus le diagnostic anatomique par l'examen de l'œuf n'est pas toujours facile.

L'insertion basse du placenta est, de l'avis de beaucoup d'auteurs, une cause assez fréquente d'avortements dits spontanés.

Rhenter et Pigeaud en ont rapporté un certain nombre de cas concernant les grossesses simples et pensent que cette cause doit être plus fréquente qu'on ne l'a dit. Ils en estiment la fréquence à 15 %. Personnellement, nous trouvons 9 cas sur 100 avortements gémellaires. Il est bien certain que quelque cas étiquetés endométrites hémorragiques sont peut-être associés à des insertions basses, mais nous les rangerons avec les endométrites en l'absence de données anatomo-cliniques précises, et nous restons à ce pourcentage de 9 %.

3°) *Pathogénie de l'hémorragie dans les 6 premiers mois*

Le point le plus intéressant à élucider est celui de la pathogénie de l'hémorragie dans les 6 premiers mois de la grossesse. Y a-t-il lieu de faire intervenir un mécanisme spécial pour ces hémorragies précoces ou reconnaissent-elles les mêmes causes que les hémorragies plus habituelles des 3 derniers mois ?

a) Rhenter et Pigeaud, envisageant les « avortements provoqués par insertion vicieuse du placenta » dans les grossesses simples, rejettent toute théorie mécanique.

Ils expliquent l'hémorragie par la résorption entre le 4^e et le 5^e mois de la portion de caduque ovulaire en rapport avec l'orifice interne du col, d'où la mise à nu d'un certain nombre de villosités, et la production d'hémorragies minimes d'abord, progressivement, plus abondantes, formation de caillots au niveau de l'isthme et leur expulsion si une hémorragie plus abondante survient.

Cette pathogénie, qui explique sans doute un certain nombre d'avortements au cours de grossesses simples, ne doit pas répondre à tous les cas, surtout en matière de grossesse gémellaire. En effet :

a) les caractères cliniques de l'hémorragie ne répondent guère à cette pathogénie : hémorragie abondante de sang rouge apparue brusquement, s'arrêtant spontanément et se reproduisant à plusieurs jours ou semaines de distance ;

b) il en est de même des caractères anatomiques de l'insertion placentaire qui est plus souvent latérale que marginale.

Nous avons bien rencontré un tel type d'hémorragie dans certains cas que nous avons étiquetés endométrites en l'absence de critères anatomiques sûrs d'insertion basse.

Nous répétons que ces cas doivent comporter un certain nombre de *prœvias*.

b) *Au contraire, les théories mécaniques* invoquées dans les derniers mois de la grossesse s'accordent mieux avec les caractères de l'hémorragie que nous avons notés, ici, semblables à ceux de l'hémorragie tardive. Ces théories ont invoqué successivement :

— la distension du segment inférieur avec Jacquemier ;

— le glissement avec Schroeder et Dumas ;

— le tiraillement des membranes avec Pinard.

Qu'on adopte l'une ou l'autre, et plus souvent la troisième : le tiraillement des membranes, on fait intervenir le développement de l'utérus et la formation du segment inférieur.

Nous pensons que ces conditions sont réalisées avant les derniers mois dans la grossesse gémellaire et à plus forte raison dans la grossesse triple, car l'utérus atteint précocément un développement

marqué avec corrélativement formation du segment inférieur.

On peut donc y voir précocement un décollement partiel du placenta, d'où l'hémorragie caractéristique de cette insertion vicieuse et secondairement l'avortement.

Nous pensons qu'il y a là le véritable facteur des hémorragies précoces par insertion basse du placenta au cours des grossesses gémellaires, facteur mécanique propre à la gémellité.

Ces hémorragies précoces et répétées sont suivies, un jour ou l'autre, d'un déclenchement du travail et d'expulsion de l'œuf avant la limite de viabilité.

4° HÉMATOME RÉTRO-PLACENTAIRE

Nous en avons noté 1 cas.

Il est exceptionnel de constater son existence avant le 6^e mois au cours de toute grossesse.

Sans vouloir entrer dans le détail, d'une pathogénie fort complexe, on peut rappeler son terrain classique :

— multipares âgées présentant des signes dits d'intoxication gravidique dont l'albuminurie est le plus fréquent et le plus précoce.

Deux questions se posent alors :

— L'intoxication gravidique est-elle plus fréquente au cours des grossesses gémellaires ?

— L'albuminurie y apparaît-elle plus précocement, prodrome possible d'une toxémie hémorragique en puissance ?

1° *L'intoxication gravidique est classiquement plus fréquente*

Ne considérant que l'albuminurie, symptôme dont l'existence prouvée par une réaction chimique ne prête pas à discussion et dont la recherche est

faite systématiquement pour toute femme entrant dans un service d'obstétrique, nous avons trouvé :
156 albuminuries sur 1.000 grossesses gémellaires.

Cette proportion, 15,6 %, dépasse le chiffre habituel admis de 5 % pour les grossesses normales.
2° *L'albuminurie y apparaît-elle plus précocement ?*

Nous pensons qu'il en est ainsi puisque sur 100 avortements gémellaires, nous trouvons 5 % de femmes albuminuriques.

Le terrain gémellaire qui favorise donc l'apparition d'un syndrome d'intoxication gravidique et d'une albuminurie plus précoce, peut ainsi entraîner l'éclosion plus précoce de la toxémie hémorragipare. Nous en avons noté 1 cas. Il s'agissait d'une huitième pare de 34 ans et l'hématome rétro-placentaire a entraîné l'interruption de la grossesse au 140° jour.

5° LES ENDOMÉTRITES

Nous en avons noté 15 cas, soit 15 %.

On ne s'étonnera pas de cette fréquence relative puisque tous les auteurs admettent qu'elles représentent une cause souvent rencontrée d'avortements.

La multiparité est le terrain classique et nous avons noté :

— multipares :	7
— secundipares :	4
— primipares :	4

La pathogénie de l'avortement par lésion de la caduque entraînant de l'hydroporrhée ou plus souvent de l'hydro-hématorrhée, n'a rien de spécial à la grossesse gémellaire. Peut-être l'avortement y est-il plus fréquent, du fait d'un développement plus précoce de l'utérus qui le rend plus irritable.

Ces 12 cas ne sont basés que sur l'étude des symptômes cliniques qui ont précédé l'avortement, et parfois sur l'aspect macroscopique du placenta.

Nous avons vu que ces endométrites sont à l'origine fréquente d'insertion basse du placenta, source par lui-même d'hémorragie, mais nous avons étudié à part les seuls placentas *proevias* qui ne prêtent pas à discussion.

6° CAUSES GÉNÉRALES

Deux causes ont été retenues :

- la tuberculose,
- la syphilis.

1°) La Tuberculose.

Il est rare que la tuberculose pulmonaire soit incompatible avec une évolution à terme.

Seule, la tuberculose pulmonaire évolutive chez une femme cachectique avec état général très déficient, température élevée, peut-être considérée comme facteur d'avortement.

Nous en avons noté 2 cas.

Dans un cas, la mort de la mère a suivi de 3 jours l'avortement, dans l'autre cas, la femme est sortie sur sa demande le 8^e jour avec une température à 40°, une expectoration bacillifère.

2°) La Syphilis.

Il est toujours difficile de discuter la part de la syphilis, car :

— ou l'on compte uniquement les cas à réaction humorale positive et ces cas sont alors peu nombreux ;

— ou l'on range dans le cadre de la syphilis des cas probables :

- soit parce qu'il s'agit d'enfants macérés,
- soit parce que le placenta est altéré,
- soit parce que les antécédents obstétricaux ou autres font penser à la syphilis.

Et il y a alors une large part d'appréciation personnelle.

Nous n'envisagerons ici que le rôle possible de la syphilis dans l'avortement gémellaire, sans étudier les rapports de la syphilis et de la gémellité, étude que nous avons faite ailleurs avec MM. Turpin et Piguet.

Nous avons noté :

— 3 cas où la syphilis de la mère est affirmée par des réactions humérales positives ;

— 1 cas de syphilis héréditaire sûre, avec tous ses stigmates ;

— 8 cas de syphilis probable du fait d'antécédents personnels ou obstétricaux.

En conclusion, on peut seulement dire que la syphilis intervient dans un certain nombre de cas par les mécanismes classiques, que sa présence dans un certain nombre d'autres cas, explique probablement l'avortement.

Quant à son existence ailleurs, sans pouvoir la nier absolument, rien ne permet de l'affirmer, ni cliniquement, ni par les réactions humérales, ni par l'examen de l'œuf expulsé, fœtus ou placenta ; on sait d'ailleurs qu'en dehors de la présence du tréponème, aucune altération placentaire spécifique ne permet de l'affirmer.

On arrive donc à une proportion de 12 %.

Dans 8 %, la syphilis paraît seule en cause.

Dans 4 %, on trouve, à côté de la syphilis, des facteurs étiologiques qui paraissent plus évidents, mais où la syphilis prend certainement sa part.

7° LES AVORTEMENTS GÉMELLAIRES PROVOQUÉS

Nous avons réuni dans ce chapitre deux ordres de faits :

— *d'une part*, des cas où il ne peut y avoir de doute sur la provocation criminelle :

— soit que les manœuvres abortives aient été avouées ;

— soit que, la femme arrivée à l'hôpital, avec un œuf ouvert infecté et une température élevée, ce qui signe les manœuvres abortives antérieures.

— *d'autre part*, des avortements traumatiques, où le traumatisme, a été plus ou moins violent et suivi à bref délai d'hémorragie, de contractions utérines et d'avortement.

1° Les avortements provoqués par *manœuvres abortives*. Nous en avons noté 4 cas.

2° Avortements provoqués par *traumatisme*.

a) *Externe* : 2 cas : L'un après chute,

L'autre après coup violent.

b) *Interne* : Génital, 1 cas chez une troisième geste à col ouvert.

On pourrait s'étonner du petit nombre d'avortements provoqués : 7 % dans une statistique d'avortements, même gémellaires.

On remarquera qu'il s'agit d'une statistique de maternité (clinique Baudelocque) où l'on voit plus souvent qu'ailleurs des avortements tardifs au 4^e, 5^e mois, époque où l'avortement provoqué est plus rare.

De plus, il est fort probable que dans un certain nombre d'avortements très précoces, après un retard de 15 jours, 3 semaines, la gémellité passe inaperçue, à plus forte raison, s'il s'agit d'avortements provoqués par manœuvres abortives et vus en état de rétention ovulaire infectée.

En effet, puisqu'on observe une grossesse gémellaire pour 100 grossesses simples, on peut dire qu'il y a, de même : 1 avortement gémellaire pour 100 avortements provoqués.

CONCLUSION

En conclusion de ces facteurs étiologiques, nous pouvons résumer le pourcentage des :

Cas connus : soit 60 %, qui se répartissent comme suit :

— Hydramnios aigus	15
— » chroniques	3
— Insertions basses	9
— Hématome rétro-placentaire	1
— Endométrites	15
— Tuberculose	2
— Syphilis sérologique ou probable....	8
(+ 4 cas associés aux facteurs précédents).	

— Avortements provoqués

7

Il y a donc à côté des causes habituelles d'avortement (endométrite, syphilis).

a) des faits qui sont propres à la gémellité :

— l'*hydramnios aigu* des grossesses unichoriales ;

b) des faits qui sont propres au terrain gémellaire : l'existence de *placenta prævia* ou même d'*hématome rétro-placentaire* entraînant l'interruption de la grossesse dans les 6 premiers mois ;

c) il faut rapprocher des cas où joue le facteur terrain : les avortements tardifs de la fin du 6^e mois qui sont, à quelques jours près, des accouchements prématurés (23 cas).

Ils sont aussi le propre de la grossesse gémellaire, car on ne les rencontre pas avec une telle fréquence dans la grossesse simple.

La grossesse gémellaire tend à s'interrompre avant terme, elle le fait d'autant plus volontiers et d'autant plus précocement, quand les seuls facteurs mécaniques de distension utérine sont en cause, qu'il s'agit d'une nullipare jeune.

Le développement exagéré de l'utérus qui at-

teint presque vers 6 mois le volume d'un utérus de grossesse simple à terme, peut expliquer peut-être son entrée en travail, sous l'effet de facteurs qui, normalement, n'entraînent pas l'avortement.

Il n'en reste pas moins vrai que dans un certain nombre de cas, toutes les recherches restent infructueuses et aucune étiologie précise ne peut être envisagée (17 % des cas). Il est intéressant, malgré tout, de noter ce pourcentage au cours des grossesses gémellaires où les avortements spontanés sont plus fréquents qu'ailleurs.

On peut encore discuter pour eux 2 étiologies :

1°) La présence d'un *seul corps jaune*, dans les grossesses uni ovulaires, explique peut-être l'insuffisance d'une sécrétion interne indispensable, non seulement à la fixation, mais au maintien de l'œuf. Ce facteur ne pouvant jouer que dans les premiers mois, avant la suppléance placentaire. On connaît aujourd'hui l'existence d'avortements endocriniens par insuffisance lutéinique.

Il y a là un facteur dont on ne peut méconnaître l'existence probable au cours de certaines grossesses gémellaires uni-ovulaires.

2°) Peut-être aussi, faut-il faire jouer ici un rôle à un *facteur génétique léthal* qui arrête le développement de l'œuf.

Nous n'avons encore à ce sujet, aucune donnée sûre. Nous nous contenterons de signaler dans quelques cas la présence d'œufs clairs que beaucoup d'auteurs rattachent d'ailleurs à la syphilis.

ÉTUDE CLINIQUE

On ne peut, du point de vue clinique, décrire un seul tableau de l'avortement gémellaire, car ses modalités sont nombreuses.

Deux facteurs en modifient l'allure clinique :

— *la date*, qui conditionne en partie le nombre de temps ;

— *la cause* surtout :

— qui donne à chaque avortement des symptômes prémonitoires propres ;

— qui modifie le tableau symptomatique ;

— et qui entraîne des complications spéciales à son terrain.

On conçoit en effet qu'un avortement syphilitique précoce de 2 fœtus macérés, n'ait rien de commun avec l'avortement tardif de l'hydramnios aigu, où la hauteur utérine atteint souvent 40 cm., le liquide amniotique dépasse 5 litres, où l'un des fœtus pèse plus de 1.000 gr. Nous envisagerons donc successivement :

1° Les symptômes :

— suivant la date : avortement précoce, avortement tardif.

— suivant la cause.

2° Les observations de quelques cas particuliers.

3° Enfin les notions générales concernant la durée du travail, le poids des fœtus, l'intervalle qui les sépare, puisque ces notions dépendent en partie de la cause. Une étude spéciale et générale sera réservée à la délivrance, temps le plus fertile en incidents.

I. — SYMPTÔMES SUIVANT LA DATE DE L'AVORTEMENT

Nous étudierons :

— la durée de la grossesse jusqu'à l'avortement ;

— les particularités des avortements précoces et tardifs.

a) *Durée de la grossesse*

Nous donnerons d'abord la date de ces avortements, c'est-à-dire la durée de la grossesse calculée en jours jusqu'à son interruption, du fait de l'avortement.

Nous connaissons la définition classique et légale de l'avortement : expulsion du produit de conception avant la date de viabilité du fœtus, 180 jours, ce fœtus pesant moins de 1.000 grammes.

Nous avons calculé la durée en jours en partant du jour 10 (dix) après celui qui a marqué le début des dernières règles, date arbitraire puisqu'on sait que l'ovulation se produit en moyenne vers le 14^e jour du cycle, avec des écarts possibles de 4 ou 5 jours en plus ou en moins. De plus, les dernières règles marquent la fin d'un cycle et n'engagent en rien l'ovulation à venir.

Il nous a paru physiologiquement possible de considérer comme avortement toute interruption de grossesse survenant jusqu'au 190^e jour, à partir du jour choisi, puisque ce 190^e jour peut être biologiquement le 180^e. Nous ne croyons pas qu'il y ait là motif à discussion.

Quant à la donnée classique du fœtus pesant moins de 1.000 grammes, on ne s'étonnera pas non plus de trouver ce poids parfois dépassé ; il s'agit ici d'une notion spéciale à la grossesse gémellaire : un fœtus transfuseur ou transfusé pouvant, à 6 mois, peser plus de 1.000 grammes. Ces données étant précisées, voici comment se répartissent nos cas :

Moins de 50 jours.....	2
De 50 à 60 jours.....	2
De 60 à 90 jours.....	3
De 90 à 100 jours	1
De 100 à 110 jours.....	2

De 110 à 120 jours.....	6
De 120 à 130 jours.....	2
De 130 à 140 jours.....	9
De 140 à 150 jours.....	22
De 150 à 160 jours.....	10
De 160 à 170 jours.....	11
De 170 à 180 jours.....	23
De 180 à 190 jours.....	5

Nous trouvons donc 2 maxima :

— Fin du 5^e mois : 22 cas.

— Fin du 6^e mois : 23 cas.

On voit aussi qu'il s'agit d'avortements le plus souvent tardifs, d'où l'on peut déduire la notion d'avortements spontanés.

Rappelons qu'on distingue dans les avortements simples 2 types suivant la date :

— avortements précoces en 1 temps,

— avortements tardifs en 2 temps.

Mais ici la mise est doublée et l'on pourra voir 2 temps supplémentaires, car il y a toujours 2 fœtus et souvent 2 placentas séparés. Nous verrons à propos des grossesses triples, la possibilité de 2 nouveaux temps.

b) *Les avortements précoces* (moins de 100 jours)

Ils sont les plus rares dans notre statistique.

Ils peuvent se faire :

— en 1 temps : expulsion d'un œuf complet dont l'ouverture montre la présence de 2 fœtus ;

— en 2 temps : soit expulsion du premier fœtus, puis d'un œuf complet, auquel est accolé le placenta du premier, soit expulsion de 2 œufs complets ;

— en 3 temps : expulsions séparées, de 2 fœtus puis du placenta.

C'est parmi ces avortements précoces qu'on rencontre le plus souvent les avortements provoqués.

Ce sont eux qui prédisposent classiquement aux rétentions placentaires ; nous verrons ce qu'il faut en penser en étudiant la délivrance.

c) *Les avortements tardifs* (plus de 100 jours)

Ils sont les plus fréquents dans notre statistique.

Ils peuvent se produire :

- *en 2 temps*, aussi quand l'expulsion du premier fœtus est suivie de l'expulsion d'un œuf complet auquel est accolé le placenta du premier.
- *en 3 temps*, quand l'expulsion séparée des 2 jumeaux est suivie de celle d'un placenta unique ou de 2 placentas accolés.
- *en 4 temps*, quand il s'agit de grossesses bichorales à placentas séparés, où l'on assiste à l'expulsion séparée des 2 jumeaux puis des placentas.

Ces avortements tardifs relèvent le plus souvent de causes pathologiques non traumatiques.

Leur symptomatologie au 6^e mois diffère peu de celle des accouchements prématurés dont seule d'ailleurs une question de terminologie les sépare.

C'est parmi eux qu'on trouvera les hémorragies de la délivrance.

Ainsi donc, la date de l'avortement intervient pour une part dans l'aspect clinique puisqu'elle ajoute ou retranche des temps à cet avortement.

Mais, même considérée uniquement sous cet angle, la date n'est pas le seul facteur, puisque le type de grossesse uni ou bichorial intervient aussi :

— L'avortement unichorial n'aura jamais plus de 3 temps.

— L'avortement bichorial peut avoir 4 temps.

Nous verrons d'ailleurs, en étudiant la délivrance, les modalités de l'expulsion du ou des placentas.

Nous allons voir maintenant ce que la cause apporte au tableau clinique.

II. — SYMPTÔMES SUIVANT L'ÉTIOLOGIE

Nous décrirons successivement les divers facteurs étiologiques rencontrés :

- Hydramnios aigu et chronique ;
- Placenta Prævia ;
- Hématome rétro-placentaire ;
- Endométrite ;
- Syphilis et Tuberculose ;
- Avortements provoqués.

A. — *Hydramnios aigu*

L'avortement consécutif à l'hydramnios aigu nécessite une étude détaillée du fait :

- de sa fréquence dans l'étiologie des avortements gémellaires, 15 % ;
- des complications qui sont plus fréquentes.

1° *Sa date :*

Il s'agit le plus souvent d'un avortement tardif survenant :

- au cours du 5^e mois : 5 cas.
- au cours du 6^e mois : 7 cas.

Il est plus rarement précoce :

- 4^e mois : 1 cas.
- 3^e mois : 1 cas.

Dans 1 cas la date n'a pu être précisée.

2° *Les Symptômes :*

Il est précédé d'une période de troubles fonctionnels et généraux qui sont ceux de l'hydramnios aigu :

- Augmentation rapide du volume de l'abdomen bientôt suivie de :
- Douleurs abdominales et lombaires ;
- Signes de compression : dyspnée, tachycardie ;
- Altération de l'état général avec oligurie.

Le tableau est en général rapidement constitué :

— Soit que les signes se complètent progressivement ;

— Soit que l'évolution se fasse par poussées.

Dès lors, l'avortement est inévitable, il est même nécessaire car la vie de la mère est immédiatement menacée.

Le plus souvent d'ailleurs, cet avortement a lieu spontanément, car la distension extrême des membranes amène leur rupture.

Quand cette rupture tarde à se produire, il est parfois nécessaire, vu l'état général grave de la mère, de la réaliser artificiellement par ponction des membranes, qui offre d'ailleurs l'avantage d'une évacuation plus modérée et plus lente.

Nous avons noté le temps écoulé entre la date d'apparition des troubles lorsqu'elle a pu être précisée et celle de l'avortement.

— 10 jours	1 cas
— 15 jours	5 cas
— 21 jours	2 cas
— 1 mois	3 cas

L'avortement proprement dit

Il est classique de rappeler que le premier signe de l'interruption spontanée est la rupture des membranes, rupture qui assure une décompression immédiate et fait cesser généralement les troubles menaçant la mère.

Si ce cas est le plus fréquent (7 observations), il n'en est pas toujours ainsi, parfois le déclanchement du travail est primitif et la rupture de la poche des eaux secondaire.

Cette rupture de la poche hydramniotique peut survenir :

— soit à dilatation plus ou moins complète :
1 cas ;

— soit même après expulsion du premier fœtus

lorsque c'est le 2° œuf qui est le siège de l'hydramnios : 4 cas.

Dès lors, on peut décrire à cet avortement 2 tableaux.

1° *Rupture première de la poche des eaux.*

Cette rupture est suivie d'une quantité très abondante de liquide. En voici quelques chiffres :

— 4 litres 500,

— 5 litres 480,

— 6 litres 820.

— Cette évacuation assure un soulagement immédiat des signes fonctionnels. Une période d'inertie lui succède.

— Puis le déclenchement du travail survient après un temps qui varie dans nos observations de 2 à 5 heures.

— Ce travail ne nous a pas paru spécialement long : de 2 à 10 heures.

— On assiste à l'expulsion séparée des 2 fœtus dont l'un est en général plus volumineux que l'autre ; souvent 1 des fœtus est mort, l'autre est vivant.

— Mais une nouvelle période d'inertie survient qui peut être longue.

— La délivrance est parfois spontanée, mais, parfois aussi, le décollement ne se fait pas ou reste partiel ; une hémorragie survient alors, qui nécessite une délivrance artificielle.

Nous avons noté :

— 1 cas de D A pour hémorragie, 3 h. après ;

— 2 cas de D A pour non décollement, 6 h. et 17 heures après.

De ces cas, où la rupture de la poche des eaux est spontanée, il faut rapprocher les cas d'hydramnios aigu où l'état de la mère nécessite une rupture artificielle de la poche des eaux : avortement provoqué par ponction des membranes. La ponction permet l'évacuation plus lente du liquide amniotique qu'on peut mesurer plus aisément.

La période d'inertie qui succède à cette évacuation est souvent assez longue.

Dans un cas il a fallu, cette période d'inertie se prolongeant, réveiller le travail par la pose d'un Ballon de Champetier.

2° *Rupture tardive de la poche des eaux.*

Ici, le travail se déclanche spontanément, la poche des eaux restant intacte.

Travail souvent long et pénible d'un utérus surdistendu (15 h. 40, 39 h. 45, 47 h. 40).

Dès lors, soit rupture de la première poche à dilatation complète ;

— soit expulsion du premier fœtus, rupture spontanée ou artificielle de la 2° poche hydramniotique contenant dans 2 cas, 5 litres de liquide.

On conçoit ainsi, la fréquence de l'inertie secondaire et la possibilité d'hémorragie de la délivrance : 1 cas.

Les suites de ces avortements par hydramnios aigu ont été :

— normales dans 10 cas,

— fébriles dans 4 cas.

2 fois un placenta incomplet a nécessité une révision utérine ayant ramené des débris placentaires.

Il faut ajouter à ces 14 observations : 1 cas ancien (année 1925), date à laquelle on ne possédait pas encore les moyens de faire le diagnostic biologique de la grossesse.

Le diagnostic étant hésitant avec un kyste de l'ovaire à développement rapide et l'état de la mère très sérieux, on a fait une laparotomie exploratrice qui a permis d'extraire, après hystérotomie, 2 fœtus de 850 gr. contenus chacun dans une poche hydramniotique.

Les suites furent normales.

CONCLUSION

Les avortements consécutifs au développement d'un hydramnios aigu au cours des gémellaires uni-choriales :

- sont des avortements *tardifs* (5^e, 6^e mois) ;
- surviennent le plus souvent *spontanément*, mais il est nécessaire parfois de les *provoquer*.

Ils constituent encore une des très rares indications d'avortement thérapeutique justifié ici parce que la vie de la mère est immédiatement en danger.

- Sont annoncés, le plus souvent par une *rupture prématurée des membranes* et le travail se fait alors normalement après une période d'inertie plus ou moins longue.

Lorsque le travail est déclenché avant la rupture de la poche hydramniotique, ce travail est alors très long, car l'utérus est surdistendu et les contractions rares et inefficaces.

- L'expulsion des fœtus est, en général, *spontanée* ;

- le temps le plus fertile en incidents est celui de la délivrance, du fait de l'inertie secondaire, de l'absence du décollement placentaire ou de décollement partiel suivi d'hémorragie (4 délivrances artificielles, 2 révisions utérines).

Insistons sur l'importance de l'examen du placenta et de l'injection de ses vaisseaux suivie de radiographies pour préciser le type d'anastomoses et le mécanisme de la production de l'hydramnios aigu.

Parmi nos 15 cas, nous choisissons quelques-unes de nos observations les plus typiques.

1^o) OBSERVATION 54 — Année 1928

Il s'agit d'une secundipare de 34 ans, à BW négatif. Procréateur âgé de 34 ans.

Antécédents héréditaires: 2 collatéraux morts en bas âge de convulsions.

Antécédents pathologiques : rétrécissement mitral.

Antécédents obstétricaux : accouchement à terme en 1923 d'un garçon vivant bien portant. Pesant 3.800 gr.

Durée de la grossesse gémellaire : 150 jours. A 4 mois $\frac{1}{2}$, développement rapide de l'utérus accompagné de douleurs abdominales vives. La hauteur utérine atteint bientôt 37 centimètres. L'utérus est très tendu et sa palpation ne donne aucun renseignement sur le contenu.

L'auscultation est négative. Le diagnostic de gémellaire est fait par la radiographie. La poche des eaux se rompt spontanément le 150^e jour, permet l'évacuation de 4 litres 500 de liquide.

La femme entre en travail 1 heure après ; durée du travail : 2 heures. Expulsion d'une fille pesant 270 gr. vivante, puis 15 minutes après d'une fille de 480 vivante.

Délivrance spontanée 30 minutes après pesant 480 gr. Révision utérine ramenant des débris placentaires. Placenta unique : cloison à 2 membranes anastomoses vasculaires superficielles, grossesse unichoriale biamniotique. Suites fébriles.

2°) OBSERVATION 31 — Année 1917

Il s'agit d'une quatrième pare de 37 ans.

Procréateur de 40 ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

Antécédents obstétricaux :

— 1903. Fille bien portante à terme ;

— 1908. Garçon bien portant ;

— 1912. Accouchement prématuré, 6 mois $\frac{1}{2}$.

Durée de la grossesse gémellaire : 187 jours.

Développement anormal de l'utérus à 5 mois.

Hauteur utérine : 37 cm. Tension permanente des parois, malgré le repos et le régime lacté, la hauteur utérine augmente, atteint 41 cm.

Les signes fonctionnels s'accroissent : malaise, dyspnée, insomnie.

On décide la ponction de l'œuf qui permet d'évacuer 5 litres 480 de liquide amniotique. La femme entre en travail 2 heures après. La durée du travail est de 9 h. 45.

L'avortement aboutit à l'expulsion d'une première fille mort-née, présentant de l'ascite pesant 1.420 gr., puis d'un œuf complet auquel est accolé le placenta du premier. Cet œuf contient une deuxième jumelle pesant 500 gr.

On fait une révision utérine parce que l'utérus semble encore gros. Cette révision ne ramène que des caillots.

Le placenta pèse 700 gr. Unique. La cloison est formée de 2 membranes. Il existe de nombreuses anastomoses vasculaires.

Des 2 cordons, l'un est infiltré, mesure 50 cm. et a une insertion centrale, l'autre est grêle, mesure 45 cm. et a une insertion vélamenteuse. Il s'agit de grossesse unichoriale bi-amniotique. Les suites sont normales.

3°) OBSERVATION 53 — Année 1927

Il s'agit d'une troisième pare de 24 ans, à BW négatif.

Le procréateur est âgé de 27 ans.

Les antécédents héréditaires sont inconnus.

Rien à signaler dans les antécédents personnels.

Antécédents obstétricaux : 2 grossesses antérieures.

En 1924 : accouchement à terme : garçon de 4.800 gr.

En 1926 : accouchement à terme : fille de 3.800 gr.

Durée de la grossesse gémellaire : 146 jours. Au 4^e mois, augmentation rapide du volume de l'abdomen avec dyspnée et œdème, douleurs lombaires, pollakiurie.

Au 5^e mois, la hauteur utérine atteint 47 cm. Il existe une tension permanente de l'utérus. Les signes fonctionnels sont plus marqués : dyspnée nocturne, oligurie.

On décide l'interruption de la grossesse, mais la femme entre en travail spontanément le lendemain.

Durée du travail : 6 h. 50. Rupture précoce des membranes. Evacuation de 6 litres de liquide. Expulsion d'un fœtus de 630 gr. mort-né, rougeâtre.

On extrait, 3 heures après, un fœtus de 430 gr. mort-né, blanc.

Non décollement du placenta et hémorragie.

Délivrance artificielle ramenant un placenta de 420 gr. Il n'existe pas de cloison de séparation et par contre de larges communications vasculaires. Des 2 cordons, l'un est épais, a une insertion para centrale ; l'autre grêle, a une insertion vélamenteuse.

Des 2 fœtus, le 1^{er} pesant 630 gr. mesure 29 cm. Il est rouge pléthorique. Son abdomen volumineux distendu.

Le 2^e pesant 430 gr., mesure 26 cm. Il est pâle, à ventre rétracté, le facies ridé.

OBSERVATION 82 — Année 1937

Primipare de 22 ans. BW négatif actuel mais syphilis avec BW positif, chez la mère et le procréateur il y a un an.

Cette syphilis a été traitée régulièrement par injection de novar et de bismuth.

Par ailleurs rien à signaler dans les antécédents. Durée de la grossesse gémellaire : 151 jours.

A 4 mois $\frac{1}{2}$, augmentation rapide du volume de l'abdomen accompagnée de signes fonctionnels : dyspnée. La hauteur utérine atteint 30 cm. au 120^e jour, puis mesure 42 cm. 25 jours plus tard.

Le périmètre péri-ombilical dépasse 100 cm. L'utérus est peu tendu malgré son volume, mais la dyspnée, les vomissements, l'insomnie, l'oligurie, l'œdème des membres inférieurs font décider l'interruption de la grossesse.

Dilatation du col aux bougies de Hégar.

Ponction de l'œuf. Evacuation de 6 litres 820 de liquide amniotique.

Pose d'un Ballon de Champetier.

Durée du travail : 17 heures.

Expulsion de 2 fœtus séparés par un intervalle de 5 minutes :

— le 1^{er} tuméfié, pesant 550 gr. ;

— le 2^e hydrocéphale, pesant 400 gr.

Délivrance naturelle et complète 30 minutes après. Placenta unique, pesant 530 gr. Cloison amniotique à 2 membranes. Anastomoses vasculaires superficielles.

1 cordon gras ; 1 cordon maigre.

Suites normales.

OBSERVATION 30 — Année 1917

Secondipare de 23 ans.

Procréateur : 33 ans.

Antécédents personnels : scarlatine.

Antécédents obstétricaux : accouchement normal à terme il y a 3 ans.

Durée de la grossesse gémellaire : 145 jours.

Développement anormal de l'abdomen depuis 3 semaines.

Rupture prématurée de la poche des eaux : 3 litres 950 de liquide.

Durée du travail : 10 heures.

Expulsion de 2 fœtus de sexe féminin pesant 650 et 800 grammes morts frais.

Délivrance naturelle et complète.

Placenta unichorial biamniotique pesant 450 gr.

B. — *Hydramnios chronique*

Les avortements gémellaires consécutifs, à la production d'un hydramnios chronique sont précédés d'une phase de développement exagéré de l'utérus, développement progressif ou par petites poussées, mais sans apparition de signes fonctionnels.

La constatation d'une hauteur utérine de 30 cm. ou plus à 5 ou 6 mois fait discuter classiquement

2 diagnostics: grossesse gémellaire ou grossesse avec hydramnios.

Il faut penser souvent à l'association si fréquente des deux, diagnostic qu'il est pratiquement impossible de préciser cliniquement, vu la tension permanente des parois rendant l'examen difficile, mais qu'il est possible de vérifier radiologiquement. L'avortement survient en général vers la fin du 6^e mois.

Les contractions utérines apparaissent, ces contractions sont celles des utérus distendus, c'est-à-dire faibles et irréguliers.

Lorsqu'il y a hydramnios de la première poche, sa rupture spontanée ou artificielle, suivie de l'évacuation liquidienne régularise le travail. S'il s'agit d'hydramnios de la deuxième poche, le travail est plus long.

L'inertie utérine entraîne parfois la nécessité d'extraction artificielle du deuxième fœtus.

Enfin, la Délivrance dans ces utérus qui ont été soumis à une distension exagérée, reste toujours le temps le plus fertile en incidents et les hémorragies sont toujours à craindre.

Voici le résumé de nos 3 observations :

OBSERVATION 10 — Année 1906

Primipare de 20 ans. BW négatif. Rien à signaler dans les antécédents. Durée de la grossesse: 172 jours. Arrivée en travail à l'hôpital H.U.: 32. Perception d'une poche des eaux bilobée. Rupture artificielle d'une poche. Liquide 250 gr. Durée du travail : 5 h. 30. Fille, 500. O.P. : 28 cm. vivante.

Rupture artificielle de la 2^e poche : 1.620 gr. de liquide. Garçon 900 : O.P. 33 cm. vivant. D.N.C. 30 min. après. Poids 520.

Deux masses placentaires. 4 membranes. Bichoriale. Suites normales.

OBSERVATION 46 — Année 1924

Primipare de 31 ans. BW négatif. Rien à signaler dans les antécédents. Durée de la grossesse 180 jours. Vomisse-

ments les 2 premiers mois. Durée du travail : 11 h. garçon 1.170. Siège. Procidence du cordon. Extraction simple pour lenteur de l'expulsion.

Rupture artificielle de la 2^e poche. Grande quantité de liquide non mesurée.

Garçon 1070. Grande extraction pour inertie utérine D.A. pour non décollement et hémorragie légère 3 h. après. Placenta 500, 2 masses, bichoriale. Enfant mort quelques heures après la naissance. Suites de couches subfébriles.

OBSERVATION 50 — Année 1926

Primipare de 30 ans. BW négatif. Antécédents : scarlatine, rougeole. Durée de la grossesse : 174 jours. Pyélonéphrite au 5^e mois. H.U. 33. Durée du travail : 20 h. 15.

Rupture artificielle 1^{re} poche 1.500.

Garçon 250.

Rupture artificielle 2^e poche 1.000.

Garçon 450.

D.N.C. 2 h. 30 après.

Poids 350.

Placenta unique, anastomoses vasculaires. Unichoriale bi-amniotique. Suites de couches normales.

C. — *Placenta Prævia*

Du point de vue clinique, l'avortement se produit :

— soit au cours du 6^e mois : 155-164-172 jours;

— soit au cours du 5^e mois : 140-144-147-149 jours ;

— rarement avant : 84-109 jours.

Il est précédé de signes prémonitoires qui sont ceux de l'insertion basse du placenta dont le symptôme clinique fondamental est l'hémorragie.

La première hémorragie peut précéder l'avortement de plusieurs semaines ; dans la majorité des cas elle est survenue au cours du 5^e mois.

— Elle apparaît brusquement sans causes traumatiques.

— Elle est insidieuse et indolore.

— Elle est de sang liquide, sans caillots.

— Son abondance n'est jamais très grande : 200 à 500 gr.

— Elle s'arrête spontanément.

— Elle est accompagnée de signes généraux plus ou moins importants, mais n'inquiète jamais quant au pronostic vital.

Par contre, elle enlève tout espoir de voir mener la grossesse gémellaire à terme, c'est le signe précurseur de l'avortement.

Il est exceptionnel toutefois que l'utérus entre en travail peu de temps après la première hémorragie, le plus souvent tout se calme sous l'influence du repos.

Mais cette hémorragie récidive quelques jours ou semaines plus tard, souvent plus abondante que la première fois et cette évolution rappelle exactement celle des insertions basses qui saignent plus tardivement dans les grossesses simples.

Il y a ainsi souvent 2 ou 3 hémorragies de ce type avant que n'apparaissent les symptômes propres de l'avortement.

Tôt ou tard, en effet : l'utérus entre en contraction, et ces contractions revenant à intervalles réguliers marquent le début du travail.

Parfois d'ailleurs comme à terme, c'est la rupture prématurée de la poche des eaux qui déclenche secondairement le travail.

Mais ici, un caractère capital distingue l'avortement gémellaire par placenta prævia de l'accouchement gémellaire : c'est l'absence d'hémorragie du travail.

On sait en effet qu'à terme ou près du terme l'hémorragie du travail est beaucoup plus redoutable que l'hémorragie de la grossesse, elle débute avec le travail et se répète à chaque contraction jusqu'à ce que la rupture spontanée ou artificielle y mette habituellement fin.

Ici, au contraire, le travail se fait normalement et n'entraîne pas d'hémorragie. Il y a bien parfois

un suintement hémorragique ou l'expulsion de quelques caillots anciens accompagnant la dilatation du col, mais jamais d'hémorragie menaçante.

Il est bien évident d'ailleurs que si nous n'avons pas rencontré de tels cas, nous ne nions pas leur existence et qu'ici comme à terme, la rupture large des membranes s'imposerait et suffirait sans doute à faire cesser l'hémorragie.

L'absence d'hémorragie au cours du travail de l'avortement dans nos 9 observations s'opposant à leur présence au cours du travail de l'accouchement mérite une explication. Le travail de l'avortement ne ressemble en rien à celui de l'accouchement.

— la contraction utérine est moins forte que celle de l'utérus à terme ;

— la poussée utérine n'entraîne pas à chaque contraction le même tiraillement des membranes ;

— la présentation qui n'appuie pas ne joue en rien.

Il n'y a pas de travail d'engagement.

Le fœtus petit, mobile, joue librement dans une cavité amniotique peu tendue, la contraction la distend, mais il y a une marge suffisante pour ne pas entraîner de retentissement à distance.

Ajoutons à ces considérations la fréquence de l'expulsion d'œufs morts : le décollement placentaire, l'hémorragie ont arrêté l'évolution de l'œuf à insertion basse, le liquide amniotique est en partie résorbé, il s'agit alors d'un œuf à parois flasques sur lequel la contraction n'aura pas de prise.

Enfin, dans certains cas, il y a rupture prématurée ou précoce de la poche des eaux et toute hémorragie du travail est alors évitée.

La durée du travail, sauf dans 2 cas, a été remarquablement courte. L'expulsion séparée des 2 fœtus se passe habituellement sans incident. Parfois un des fœtus est expulsé avec ses membranes,

c'est alors l'œuf complet. Souvent aussi l'un des fœtus est mort.

Signalons enfin, la possibilité dans les avortements tardifs d'un fœtus en transverse qui nécessite une extraction artificielle préférable à l'attente d'une expulsion en conduplicato corpore possible et observée parfois à cet âge de la grossesse.

La Délivrance amène l'expulsion des 2 placentas, le plus souvent séparés.

Parfois elle tarde et une hémorragie survenant nécessite une délivrance artificielle (2 cas).

Les suites ont été normales 6 fois,
fébriles 2 fois.

Voici le résumé des 9 observations.

OBSERVATION 88 — Année 1938

Primipare de 25 ans, BW négatif.

Dernières règles : 8 octobre.

1^{re} hémorragie brutale, abondante le 4 mars.

2^e hémorragie le 23 mars.

3^e hémorragie le 9 avril.

Avortement le 10 avril.

Durée du travail : 9 h. 50.

Fille, 780, mort-née.

Fille, 940, mort-née.

D.N.C. Poids 510. 1 seul placenta, anastomoses vasculaires.

Unichoriale biamniotique.

Révision utérine.

Suites fébriles. Endométrite.

OBSERVATION 96 — Année 1941

Sixième pare de 36 ans, BW négatif.

Antécédents obstétricaux : 5 enfants à terme, bien portants.

Dernières règles : 14 mai.

Grossesse mal supportée. Fatigue, nausées, albuminurie, le 5^e mois.

1^{re} hémorragie abondante, sang rouge le 4 novembre.
Avortement le 6.

H.U. : 31.

Durée du travail : 4 h. 30.

Fille 950. Siège.

Garçon 1.030. Epaule. Version.

Hémorragie de la délivrance : D.A., 1 placenta dans une corne utérine, 1 placenta inséré en arrière et en bas, près du col. Poids 400 + 450.

Suites fébriles.

OBSERVATION 22 — Année 1911

Secondipare, 23 ans, BW négatif.

Antécédents obstétricaux : 1 fille à terme.

Dernières règles : 5 juillet.

Grossesse bien supportée jusqu'au 29 novembre.

1^{re} hémorragie de sang rouge abondante le 29 novembre.

Traitement, repos au lit, injection chaude, arrêt de l'hémorragie.

2^e hémorragie le 4 décembre avec contractions utérines.

Même traitement, arrêt.

Le 6, reprise de contractions. H.U. : 26.

Durée du travail : 3 heures.

2 garçons : 500 + 370.

Délivrance naturelle immédiate avec le 2^e fœtus.

Poids 590.

Suites normales.

OBSERVATION 25 — Année 1914

Secondipare, 24 ans. BW négatif.

Antécédents obstétricaux : accouchement prématuré à 7 mois.

Dernières règles : 1^{er} au 5 février.

1^{re} hémorragie en avril, abondante, sang pur.

3 nouvelles hémorragies à 15 jours d'intervalle.

Entrée en travail : 11 juin. H.U. : 28.

Durée du travail : 18 h. 40.

Garçon, 220.

Oeuf complet + placenta du 1^{er} enfant.

Suites normales.

OBSERVATION 71 — Année 1932

Primipare, 20 ans. BW négatif.

Dernières règles : 13 juin.

1^{re} hémorragie le 3 novembre.

2^e hémorragie le 10, avec contractions utérines.

Durée du travail : 9 h. 5. Garçon, 520, Fille, 530.

Délivrance naturelle complète.

2 placentas. Poids 470.

Suites normales.

OBSERVATION 93 — Année 1940

Secondipare, 25 ans. BW négatif.
Antécédents obstétricaux. Garçon à terme.
Dernières règles : 9 décembre.
1^{re} hémorragie en mars.
2^e hémorragie en avril.
Avortement le 24 mai.
Durée du travail : 59 h. 40.
Fille, 900.
Fille, 850, extraite par version.
Délivrance naturelle et complète. 2 placentas séparés.
Poids : 300.
Suites normales.

OBSERVATION 9 — Année 1904

Septième-pare, 28 ans. BW non fait.
Antécédents obstétricaux : 6 enfants à terme vivants.
1 avortement de 6 semaines.
Dernières règles : 10 août.
1^{re} hémorragie : 11 novembre, assez abondante.
2^e hémorragie : 13 novembre.
Avortement le 14.
Œuf complet : 180.
12 heures après, œuf clair, 50 grammes.
Suites normales.

OBSERVATION 4 ; OBSERVATION 14

(voir grossesses triples)

D. — *Hématome rétro placentaire*

Nous serons brefs sur la symptomatologie de l'avortement par hématome rétro placentaire et nous résumons simplement l'observation du seul cas observé, qui ne nous permet pas de nier l'existence de formes plus sévères.

OBSERVATION 1 — Année 1892

Huitième-pare, 34 ans. Antécédents personnels : fièvre typhoïde.

Antécédents obstétricaux : 1 enfant vivant à terme (le 2^e).
6 macérés prématurés.

Durée de la grossesse : 140 jours. *Albuminurie légère*.

Douleurs abdominales. - Utérus dur comme du bois.

H.U. : 24.

Hémorragie légère. Diagnostic clinique : hématome rétro

placentaire. Durée du travail : 6 h. 10. Rupture artificielle des membranes.

Fille, 310, mort-née.

Fille, 230, ayant fait quelques mouvements.

Délivrance naturelle complète immédiate avec nombreux caillots. Placenta, poids 450, 2 masses reliées par un pont.

Sur la face utérine des 2 : gros hématome rétro placentaire.

À la coupe : nombreux foyers hémorragiques.

Suites normales.

En résumé : avortement de 4 mois $\frac{1}{2}$ environ, par hématome rétro placentaire chez une femme albuminurique.

E. — Endométrite

Nous en avons vu la fréquence : 12 cas.

L'avortement est précédé par les signes habituels de l'endométrite : celle-ci se manifeste cliniquement :

— soit par de l'hydrorrhée simple : 1 cas ;

— soit, et plus souvent, par de l'hydro hématorrhée : 11 cas.

Ces signes font leur apparition dans les premiers mois de la grossesse plus ou moins précocement. Ils sont compatibles, pendant un certain temps, avec l'évolution du contenu utérin à une période plus ou moins tardive.

— suivant : la date d'apparition des signes.

— suivant : leur intensité en particulier : la répétition.

Ces hémorragies traduisent le décollement placentaire. Ces avortements aboutissent souvent à l'expulsion de fœtus morts, parfois d'œufs complets.

Le temps le plus fertile en incidents est celui de la délivrance :

Nous notons :

— hémorragies de la délivrance... 4 cas

— non décollements du placenta... 1 cas

— délivrance incomplète 1 cas

— rétentions placentaires 2 cas

D'où la fréquence des interventions :

— délivrances artificielles	5
— révision utérine	1
— curage	2

OBSERVATION 2 — Année 1894

Primipare, 22 ans. BW non fait.
Durée de la grossesse, 150 jours.
Hydorrhée continue depuis 1 mois $\frac{1}{2}$.
Expulsion d'un premier fœtus, mort après quelques respirations.
D.N.C. Poids 170 : 1 seule masse placentaire. Anastomoses vasculaires.
Unichoriale biamniotique.
Suites normales.

OBSERVATION 11 — Année 1906

Troisième-pare, 26 ans. BW non fait.
Antécédents obstétricaux : 2 accouchements normaux à terme, enfants vivants.
Durée de la grossesse 118 jours.
Hydrohématorrhée surtout marquée à la date correspondante aux règles.
Expulsion de 2 fœtus. Poids et sexe non notés.
Rétention placentaire avec température et lochies fétides.
Curage digital ramenant 100 gr. de fragments placentaires.
Suites fébriles.

OBSERVATION 15 — Année 1907

Quatrième-pare, 25 ans. BW non fait.
Antécédents familiaux de jumeaux.
Antécédents obstétricaux :
1 accouchement prématuré, 8 mois,
1 accouchement à terme,
1 accouchement jumeau prématuré.
Dernières règles : 21 mars.
Pertes rosées sanguinolentes continues depuis 15 jours.
Avortement : 2 garçons, 95 et 100 gr., vivants.
D.N.C. 1 heure après.
Poids, 180, Unichoriale.
Suites normales.

OBSERVATION 16 — Année 1907

Quatrième-pare, 31 ans. BW négatif.
A.O. 2 accouchements à terme. Avortement 3 mois $\frac{1}{2}$.

Durée de la grossesse : 144 jours.
Hydrohématorrhée depuis 1 mois.
Avortement :
— fille, 190, macérée,
— inertie utérine ; pose d'un ballon,
— fille, 380, vivante.
Hémorragie de la délivrance.
D.A. Placenta : 1 masse : 330, Bichorial.
Suites normales.

OBSERVATION 17 — Année 1908

Quatrièmepare, 31 ans. BW non fait.
A.O. : 3 accouchements à terme.
Durée de la grossesse : 146 jours.
Hydrohématorrhée depuis 1 mois.
Avortement : Durée du travail 6 heures. 2 garçons de 380.
310 gr. Hémorragie de la délivrance : D. A. Placenta adhérent,
Suites normales.

OBSERVATION 41 — Année 1922

Primipare, 21 ans. BW partiellement positif.
Durée de la grossesse : 132 jours.
Hydro hématorrhée depuis 1 mois.
Avortement : 2 filles 340 + 350, mortes et macérées.
Délivrance incomplète 30 minutes après.
Révision utérine. Placenta 200. Sans renseignements.
Suites fébriles.

OBSERVATION 51 — Année 1927

Primipare, 22 ans, BW négatif.
Durée de la grossesse : 171 jours.
Hydrohématorrhée.
Avortement :
— Durée du travail : 55 heures.
— Fille, 550, mort-née.
— Garçon, 650, vivant.
Délivrance en 2 temps :
— D.N.C. du 1^{er},
— D.A. du 2^e pour hémorragie.
Suites fébriles.

OBSERVATION 78 — Année 1936

Secondipare, 24 ans. BW négatif.
Antécédents personnels : salpingite à 23 ans. Traitée par propidon.

Antécédents Obstétricaux : avortement de 3 mois.
Durée de la grossesse : 147 jours.
Hémorragie au 3^e mois, puis suintement continu. Avortement. Durée du travail : 3 heures.
Expulsion de 2 fœtus non pesés, à 1 h. 30 d'intervalle.
Non décollement placentaire, D.A. 2 heures après.
Placenta unique. Unichorial biamniotique.
Suites fébriles.

OBSERVATION 80 — Année 1936

Cinquièmepare, 27 ans. BW négatif.
Antécédents Obstétricaux :
— 1^o Hydrocéphale extrait par basio (bec de lièvre).
— 2^o Césarienne pour procidence d'une main.
Garçon, 4.350, bien portant.
— 3^o Avortement spontané de 3 mois.
— 4^o Accouchement naturel à terme. Fille, 3.380
Durée de la grossesse : 104 jours.
Hydroméatose, continue jusqu'à 2 mois $\frac{1}{2}$, puis hydrohématorrhée avec coliques et expulsion de caillots.
Pose d'un ballon.
Expulsion d'un œuf complet de 150 gr.
Expulsion d'un placenta et d'un fœtus de 260 gr.
Suites normales.

OBSERVATION 84 — Année 1937

Secondipare, 22 ans, BW négatif.
Antécédents Obstétricaux : 1 grossesse triple accouchée à 7 mois $\frac{1}{2}$ (2 garçons, 1950 + 1940, 1 fille 1.570, vivants, bien portants).
Durée de la grossesse : 60 jours.
Hydrohématorrhée depuis 15 jours avec fièvre. Pose de laminaires. Curage ramenant 2 fœtus et 2 placentas isolés.
Suites normales.

OBSERVATION 81 — Année 1937

Secondipare, 30 ans, BW négatif.
Antécédents Obstétricaux : 1 accouchement à terme.
Durée de la grossesse : 133 jours.
Hydrohématorrhée depuis 2 mois.
Avortement : Durée du travail, 6 heures.
— Fille, 430, vivante.
— Fille, 400, vivante.
Hémorragie de la délivrance : 1.000 gr.
D.A. 2 placentas séparés.
Suites fébriles. Endométrite.

OBSERVATION 85 — Année 1937

Primipare, 37 ans. BW négatif.

Durée de la grossesse : 150 jours.

Hydrohématorrhée depuis 2 mois.

Avortement : Durée du travail, 5 h. 15.

— Fœtus, 500 gr. Sexe indéterminé.

— Œuf complet + Placenta du 1^{er} : 700 gr.

Suites subfébriles.

F. — *Les avortements chez les syphilitiques*

Ces avortements peuvent revêtir plusieurs types :

1° Dans certains cas, en effet, il s'agit de grossesses unichoriales amenant à la constitution d'un hydramnios aigu à développement rapide, et l'avortement prend alors le type déjà vu (Observations 77 et 82).

2° Dans d'autres cas, la syphilis agit par les mécanismes habituels.

On connaît les caractères de l'avortement syphilitique, avortement précoce et peu hémorragique à bas bruit et indolore.

L'avortement gémellaire syphilitique nous paraît présenter quelques caractères différentiels :

— Il est souvent plus tardif.

— Il est plus douloureux, le travail est plus long.

— Il se fait en général en 3 temps.

Il aboutit à l'expulsion de fœtus macérés et parfois malformés, les lésions n'étant pas au même degré sur les 2 enfants.

3° Enfin, dans certains cas, où la syphilis est simplement présumée en raison des antécédents personnels ou obstétricaux, il est fréquent de constater l'expulsion d'un fœtus macéré suivie ou précédée de celle d'un fœtus vivant.

Voici le résumé des observations les plus typiques :

1° *Syphilis, grossesse unichoriale. Hydramnios aigu*

OBSERVATION 77 — Année 1935

Primipare de 25 ans. Procréateur, 31 ans.

BW négatif. Mais syphilis héréditaire sûre, parce que :

- surdité bilatérale datant de l'enfance,
- strabisme externe de l'œil droit,
- troubles de la phonation,
- chute des dents depuis l'âge de 15 ans.

Traitée pendant sa grossesse par le néocardyl. Hospitalisée pour excès de liquide à 4 mois. Hauteur utérine 23 cm.

Augmentation rapide du volume de l'abdomen et tension permanente des parois utérines. Par ailleurs, examen négatif.

Albumine 0.

Urée 0,18.

Glycémie 0,76.

Tension artérielle : normale.

Entrée spontanée en travail. Durée 4 h. 15. Rupture prématurée de la poche des eaux. Liquide, 1 litre.

Expulsion de 2 garçons vivants :

- le 1^{er} pesant 1.120 gr. O.P.
- le 2^e pesant 950 gr. en O.S.

Délivrance naturelle complète 15 minutes après. Placenta pesant 650 gr. Pas de cloison amniotique. Présence d'anastomoses vasculaires donc unichoriale monoamniotique.

Suites normales.

Examen comparatif des 2 jumeaux morts peu après :

- le 1^{er}, aspect rouge pléthorique,
- le 2^e, pâle émacié.

Taille identique, 37 cm.

Aucune malformation apparente.

	1 ^{er} JUMENT	2 ^e JUMENT
Foie (gr.)	51	37
Rate »	2	2
Rein droit »	6	5,2
Rein gauche »	6,5	6
Cœur »	9	6,2
Diamètre O.F. (cm.)	9	8,5
Diamètre Bi P. »	8	6,7
Diamètres Sm. B »	8,6	8,2
Diamètre Bi Acr. »	9,8	8,8

2° Avortements syphilitiques

OBSERVATION 39 — Année 1921

Secondipare de 35 ans. Procréateur, 33 ans.

BW positif toutes méthodes chez la mère.

Antécédents géminaires : le procréateur est jumeau d'une sœur vivante.

Antécédents obstétricaux : 1 accouchement prématuré à

8 mois d'un garçon mort-né.

Durée de la grossesse gémellaire : 180 jours.

Métrite du col, avec pertes abondantes.

Durée du travail : 14 heures.

Expulsion :

— en O.P. d'une fille macérée pesant 780 gr. suivie
de son placenta pesant 250 gr. ;

— d'un œuf complet pesant 690 gr., contenant un
fœtus macéré.

Grossesse bichoriale.

Suites fébriles.

3° *Syphilis possible ou probable*

OBSERVATION 56 — Année 1929

Primipare, 22 ans. Procréateur 20 ans.

BW négatif.

Durée de la grossesse gémellaire : 144 jours.

Durée du travail, 6 h. 30.

Expulsion séparée de 2 garçons macérés pesant chacun
430 gr.

Délivrance naturelle 20 minutes après.

Placenta d'aspect chair à saucisse. Sans autre renseigne-
ment.

OBSERVATION 40 — Année 1922

Primipare, 20 ans. Procréateur, 25 ans.

BW négatif.

Durée de la grossesse : 144 jours.

Durée du travail : 14 h. 10.

Expulsion :

— d'une fille macérée pesant 500 gr.

— d'une fille vivante pesant 450 gr.

Délivrance naturelle complète 1 heure après.

Placenta pesant 530 gr. Bichoriale.

Suites normales.

OBSERVATION 75 — Année 1923

Quatrièmepare, 29 ans.

BW négatif.

Antécédents obstétricaux :

— 1924 : accouchement prématuré à 7 mois, garçon
mort à 1 mois.

— avortement spontané de 2 mois.

— » » de 3 mois.

Durée de la grossesse gémellaire : 176 jours.

Durée du travail : 17 . 50.

Expulsion d'une fille morte et macérée pesant 530 gr.

d'une fille vivante pesant 1.140. Décédée 2
heures après.

Poids du placenta, 610. 2 masses distinctes, bichoriale.

G. — *Les avortements chez les tuberculeuses*

Nous en avons noté 3 observations (celle concernant une grossesse triple sera décrite ailleurs).

Il s'agissait de femmes déjà porteuses de lésions tuberculeuses pulmonaires chez lesquelles l'évolution d'une nouvelle grossesse, semble avoir donné un coup de fouet aux lésions anciennes et fait apparaître de nouveaux foyers.

Il est probable que l'existence d'une grossesse double favorise d'autant plus le réveil des lésions et la poussée évolutive.

Ces femmes présentant des lésions bilatérales évolutives sont rapidement arrivées à la période cachectique et asphyxique.

Les avortements sont survenus au 6^e mois.

La durée du travail fut de 5 h. 15 chez une 2^e geste, de 14 h. 40 chez une 3^e geste.

Les enfants, dans les 2 cas, étaient de sexe différent, pesant de 600 à 800 gr.

Il s'agissait de grossesses bichoriales à placenta unique.

Les suites furent dominées par l'évolution de la tuberculose pulmonaire qui, dans un cas, amena la mort au bout de 3 jours dans un tableau d'asphyxie, dans l'autre une recrudescence thermique, mais la femme est sortie sur sa demande le 6^e jour avec une température à 40° et dans un état désespéré.

Voici le résumé de nos observations :

OBSERVATION 60 — Année 1930

Secondipare polonaise, 31 ans. BW négatif.

Procréateur bien portant, 32 ans.

Antécédents. Tuberculose pulmonaire il y a 2 ans. Lésion unilatérale gauche. Traitée à Tenon, puis à Brévannes. Sortie en bon état au bout de 8 mois.

Antécédents obstétricaux : fille à terme, décédée à 6 mois.

Durée de la grossesse : 172 jours.

Nouveaux phénomènes pulmonaires, dès le début de la gestation. Hémoptysie. Toux. Amaigrissement. Bilatéralisation des lésions. Etat progressivement cachectique et asphyxique. Durée du travail : 5 h. 15.

Garçon, 750, vivant.

Fille, 740, morte, rigidité cadavérique.

D.N.C. 5 minutes après. Poids, 480. Bichoriale.

Suites : température à 40°. Dyspnée. Asphyxie. Décès 3 jours après l'avortement.

OBSERVATION 79 — Année 1936

Troisième pare 23 ans. BW négatif.

Antécédents obstétricaux : 2 accouchements à terme. Enfants bien portants.

Antécédents personnels : luxation congénitale double réduite et plâtrée à 6 ans.

Durée de la grossesse : 175 jours.

Tuberculose pulmonaire paraissant avoir débuté avec la grossesse : syndrome cavitare. BK + +.

Amaigrissement. Etat général très mauvais.

Durée du travail : 14 h. 40.

Fille, 600, vivante.

Garçon, 800, vivant.

D.N.C. 25 minutes après. Placenta 470. Bichoriale.

Suites très fébriles. Tuberculose pulmonaire évolutive.

Sortie sur sa demande avec température à 40°, BK + +.

OBSERVATION 70 (voir gestation triple)

H. — *Les avortements provoqués*

Nous les avons classés en 2 groupes :

— 1° Criminels.

— 2° Par traumatisme.

1° *Avortements criminels.*

Il s'agit de femmes qui arrivent à l'hôpital infectées, avec la poche des eaux rompue, une température plus ou moins élevée.

— Une fois l'évacuation était en cours et s'est faite spontanément.

— Une fois, le col étant largement ouvert, on a eu recours à un curage digital.

— Une fois, on a dû dilater le col devant la me-

nace d'infection pour extraire les 2 fœtus et le placenta.

— Une fois, il s'agissait d'un avortement tardif provoqué le 173^e jour, les 2 fœtus puis un placenta ont été expulsés spontanément ; une hémorragie survenant alors a nécessité une D.A. du 2^e placenta.

Les suites de ces avortements ont toutes été normales.

2° *Avortements traumatiques.*

3 cas. Le traumatisme est suivi de perte de sang puis le travail se déclanche en général dans les 48 heures, travail souvent lent et laborieux. La génullité, dans nos 3 cas, n'a rien apporté de spécial à ces avortements traumatiques, qui n'ont entraîné ni intervention, ni suites anormales.

Voici le résumé de nos observations :

1° *Manœuvres abortives*

OBSERVATION 5 — Année 1900

Secondipare, 24 ans.

Antécédents de gémellaires.

Antécédents obstétricaux : 1 garçon à terme.

Durée de la grossesse : 41 jours.

Arrivée à la clinique avec température à 41°, poche des eaux rompue.

Infection ovulaire.

Expulsion de 2 fœtus de 70 gr.

Délivrance naturelle complète : 150 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 24 — Année 1913

Primipare, 22 ans.

Durée de la grossesse, 173 jours.

Fille de la campagne cachant sa grossesse, venue à Paris pour se faire avorter.

Durée du travail : 6 h. 20.

Garçon, 1.020 gr.

Fille, 980 gr.

Délivrance naturelle complète du 1^{er} placenta.

Délivrance artificielle du 2^e pour hémorragie.

Bichoriale. Suites normales.

OBSERVATION 47 — Année 1925

Troisièmepare, 32 ans. BW négatif.
Antécédents obstétricaux : 1 enfant à terme et 1 avortement de 2 mois suivi de curetage.
Durée, 112 jours : avortement provoqué.
Infection ovulaire, hémorragie, température à 40°.
Dilatation bougies de Hegar. Pose de Ballon.
Garçon, 340 gr., suivi de son placenta, 590 gr.
Œuf complet, 750 gr.
Suites normales.
Grossesse bichoriale.

OBSERVATION 69 — Année 1932

Troisièmepare, 26 ans. BW négatif.
Antécédents obstétricaux : 2 enfants à terme, bien portants.
Durée, 51 jours. Manœuvres abortives. Infection ovulaire.
Température : 39°.
Curage digital ramenant un œuf de 70 gr.
La cavité amniotique unique contient 2 fœtus de 3 cm. environ. Unichoriale monoamniotique.
Suites normales.
2° *Traumatisme externe*

OBSERVATION 37 — Année 1919

Primipare, 18 ans. BW négatif.
Durée de la grossesse : 138 jours.
Chute brutale sur le ventre entraînant douleur vive et perte de sang.
Entrée en travail 3 jours après.
Durée du travail 37 h. 55 minutes.
Fille, 740 gr., vivante.
Fille, 690 gr., vivante.
D.N.C. immédiate, placenta 980 gr. Sans renseignements.
Suites normales.

OBSERVATION 97 — Année 1943

Primipare, 29 ans. BW négatif.
Durée 129 jours.
Effort violent pour soulever un poids. Déclanchement du travail 6 heures après.
Garçon, 240 gr.
Garçon, 230 gr., 4 heures après.
Délivrance en 2 temps. Placenta 180 + 100.
Suites subfébriles.
3° *Traumatisme interne*

OBSERVATION 7 — Année 1902

Troisième pare, 23 ans.

Antécédents gémellaires.

Antécédents obstétricaux : 2 enfants à terme.

Durée : 164 jours.

Rapports sexuels, 2 heures après apparition de douleurs et hémorragie.

Durée du travail : 13 h. 15.

Garçon, 750 gr. mort-né.

Fille suivie de son placenta.

Œuf complet 1 heure après.

Bichoriale.

Suites normales.

III. — DE QUELQUES CAS PARTICULIERS

Nous étudierons dans ce chapitre :

— Les avortements gémellaires ayant donné lieu à :

— l'expulsion d'œufs complets,

— l'expulsion de fœtus *malformés* ou *monstres*,

— l'expulsion de fœtus *momifiés*.

— Les avortements avec expulsion retardée ou différée du 2° fœtus.

— Les avortements triples.

A. — Avortements d'œufs complets

Nous avons vu, à propos de la symptomatologie de l'avortement gémellaire, que celui-ci pouvait se faire en 1, 2, 3 ou 4 temps.

Ces temps sont constitués par l'expulsion des fœtus et du, ou des placentas ; la variation dans leur nombre provient du fait que les 2 parties constituant l'œuf, fœtus et placenta, peuvent être expulsées, soit séparément, soit ensemble, réalisant alors l'œuf complet. De plus, ici cet œuf peut contenir les 2 fœtus.

Les avortements gémellaires terminés par l'expulsion d'un œuf complet ou quelquefois des deux, peuvent donc se faire en 1, 2 ou 3 temps.

- 1 temps : œuf complet à placenta unique contenant les 2 fœtus ;
- 2 temps : soit 2 œufs complets,
soit 1^{er} fœtus suivi d'un œuf complet auquel est accolé le placenta du premier.
- 3 temps : fœtus, plus placenta, plus œuf complet. L'expulsion d'œuf complet est surtout le fait de multipares.

Voici les chiffres :

multipares	8
secondipares	3
primigestes	1

L'étude de l'étiologie explique pourquoi il s'agit de multipares.

1° En effet, la cause principale paraît être l'*endométrite* que l'on rencontre surtout chez les multipares à antécédents obstétricaux plus ou moins chargés (existence d'avortements antérieurs avec endométrite consécutive à des rétentions placentaires suivies de curettage).

2° On trouve aussi 2 cas consécutifs à des *insertions basses du placenta* qui sont liées sans doute d'ailleurs à des endométrites antérieures.

Dans 1 cas en effet, il s'agissait d'une septième-geste ayant subi 3 délivrances artificielles antérieures.

Dans 1 autre cas, une secondigeste ayant déjà présenté un accouchement prématuré.

3° La *sypphilis* peut entraîner elle aussi l'expulsion d'un œuf complet : il s'agit alors d'œuf mort contenant un fœtus macéré, d'autrefois et pour certains d'œuf clair.

4° Enfin, nous trouvons un certain nombre de cas sans étiologie précise dont 1 cas consécutif à 1 hydramnios aigu : l'utérus ayant fait les frais de l'expulsion d'un 1^{er} fœtus de 1.450 gr. hydropique,

le 2° fœtus de 500 gr. contenu dans ses membranes est expulsé lorsque le placenta est décollé, son expulsion fait partie du temps placentaire.

Rappelons, d'ailleurs, que ces expulsions d'œuf complet sont assez fréquentes dans les accouchements gémellaires au cours desquelles le 2° enfant sort parfois coiffé de ses membranes : il y a là une cause mécanique : décollement prématuré du placenta.

Au cours des avortements, nous avons noté que :

- le plus souvent c'est le 2° fœtus qui est expulsé dans ses membranes.... 9 cas,
- parfois le 1^{er} 2 cas,
- parfois les 2 1 cas.

Voici le résumé très succinct de nos 12 observations :

OBSERVATION 7 — Année 1902

Troisième-pare, 23 ans. Durée 164 jours.

Travail : 13 h. 15.

1° Garçon, 750 gr., mort-né.

2° Placenta + œuf complet.

OBSERVATION 8 — Année 1903

Cinquième-pare, 25 ans. Durée 126 jours. Etiologie : endométrite.

1° Expulsion en ville d'un fœtus non pesé.

2° 5 jours après, expulsion du placenta.

3° Œuf complet. Poids : 570 gr.

OBSERVATION 9 — Année 1904

Septième-pare, 28 ans. Durée 84 jours. Etiologie : insertion basse.

1° Œuf complet : 180 gr.

2° Œuf clair : 50 gr., 12 heures après.

OBSERVATION 10 — Année 1911

Cinquième-pare, 39 ans. Durée 139 jours.

Travail : 3 h. 30.

1° Œuf complet + placenta du 1^{er}.

2° Fœtus seul.

Poids des 2 fœtus + placenta : 1.200 gr. Unichorial bi-amniotique.

OBSERVATION 25 — Année 1914

Secondipare, 24 ans. Durée 149 jours. Etiologie : insertion basse.

Travail : 18 h. 40.

1° Garçon, 220 gr.

2° Œuf complet + placenta du 1^{er}. Poids : 820 gr.

OBSERVATION 31 — Année 1917

Quatrièmeipare, 37 ans. Durée 181 jours. Etiologie : hydramnios aigu. Travail : 9 h. 45.

1° Fille, 1.420 gr.

2° Œuf complet + placenta du 1^{er}.

OBSERVATION 26 — Année 1914

Dixièmeipare, 32 ans. Durée 177 jours. Etiologie : endométrite.

Rétention gémellaire : œuf complet contenant 2 fœtus (expulsion spontanée).

OBSERVATION 39 — Année 1921

Secondipare, 35 ans. BW + +. Durée 180 jours.

Travail : 14 heures.

1° Fille, 780 gr., macérée, suivie de son placenta.

2° Œuf complet, 750 gr.

OBSERVATION 80 — Année 1936

Cinquièmeipare, 27 ans. Durée 104 jours. Etiologie : endométrite hémorragique. Pose de Ballon.

1° Œuf complet, 150 gr.

2° Placenta + fœtus : 260 gr.

OBSERVATION 85 — Année 1937

Primipare, 37 ans. Durée 150 jours. Etiologie : endométrite. Travail : 5 h. 15

1° Fœtus de 500 gr.

2° Œuf complet + placenta du 1^{er}.

OBSERVATION 94 — Année 1941

Secondipare, 34 ans. Durée 160 jours. Etiologie : endométrite. Travail : 2 h. 30.

1° Garçon, 750 gr., mort-né.

2° OEuf complet : 1.050 gr.

B. — *Expulsion de fœtus malformés ou de monstres*

L'avortement gémellaire peut aboutir à l'expulsion de 2 jumeaux dont l'un est simplement malformé ou prend l'aspect d'un véritable monstre.

Il s'agit habituellement de grossesses unichoriales dont on sait qu'elles réalisent en elles-mêmes une anomalie, sinon une monstruosité.

Ces faits d'ailleurs posent des problèmes plus intéressants du point de vue génétique et embryologique que du point de vue clinique.

En effet, cliniquement l'avortement gémellaire ne donne pas lieu comme l'accouchement à la dystocie des monstres. Tout se résume, le plus souvent à la constatation de la monstruosité fœtale au moment de l'avortement.

Lorsque, comme dans un de nos cas, l'autre jumeau est macéré, il est habituel de discuter la part de la syphilis qui peut jouer : dans l'existence de la gémellaire unichoriale, dans la production de monstres, et dans la production de fœtus macérés.

Nous avons envisagé ailleurs le rôle de la syphilis dans les grossesses gémellaires, nous ne pouvons insister ici. Nous rapporterons simplement les observations résumées de nos 2 cas en signalant leur part probable dans l'étiologie de l'avortement.

OBSERVATION 62 — Année 1930

Primipare, 25 ans. BW négatif.

Rien à signaler dans les antécédents.

Durée de la grossesse : 161 jours.

Durée du travail : 3 heures.

1° Fille, 570 gr., monstre exencéphale cyclope.

2° Fille, 520 gr., normale vivante, expulsée 2 heures après.

Placenta, poids 590 gr. Anastomoses vasculaires. Unichoriale biamniotique.

Suites normales.

OBSERVATION 86 — Année 1938

Troisième pare, 24 ans. BW négatif.

Antécédents obstétricaux : 2 garçons à terme bien portants.

Durée de la grossesse : 170 jours.

Arrivée à la clinique avec poche des eaux rompue et liquide chocolat. Ne sentait plus remuer depuis 15 jours.

Durée du travail : 1 h. 30.

1° Fille, 910 gr. : morte et macérée avec décollement épidermique, ascite, phlyctène.

2° Monstre de 200 gr. Pas de sexe. Ebauche de membres supérieurs. A partir du cordon, la partie haute du corps est formée d'une masse unique ovalaire (fusion du thorax, tête et cou) avec 2 ébauches de fentes oculaires.

Au palper, impression d'un massif osseux cranio facial. Délivrance naturelle et complète immédiate. Poids 400 gr. Anastomoses vasculaires. Unichoriale. Biamniotique.

C. — *Expulsion de fœtus compressus*

Au cours des avortements gémellaires comme au cours des accouchements, on peut constater, lors de l'expulsion, l'existence de fœtus compressus.

Nous n'insisterons pas sur ces faits dont la pathogénie étudiée par Lauer est d'ailleurs mal élucidée.

Leur existence n'étonne pas au cours des avortements, puisqu'il s'agit d'une mort précoce d'un des jumeaux in utero, l'autre poursuivant son évolution.

Mais, dans les cas qui nous occupent, cette évolution ne va pas jusqu'à terme et s'arrête avant la date de viabilité du 2° fœtus.

Du point de vue clinique bien entendu, le diagnostic de gémellaire est impossible et c'est lors de l'expulsion que l'on constate la présence d'un des fœtus momifié. Voici le résumé de nos 2 observations :

OBSERVATION 2 — Année 1894

Primipare de 22 ans. Durée de la grossesse 150 jours. Hydrorrhée depuis 2 mois.

1° Expulsion d'un 1^{er} fœtus mort et momifié, pesant 50 gr.

2° Expulsion d'un garçon de 400 gr. mesurant 31 cm., vivant.

D.N.C. Poids 170 gr. Une seule masse placentaire. Anastomoses vasculaires. Unichoriale biamniotique.

OBSERVATION 90 — Année 1899

Secondipare de 26 ans. BW négatif.

Antécédents obstétricaux : 1 garçon à terme, bien portant.

Durée de la grossesse : 178 jours.

Travail : 12 h. 15.

1° Fille, 270 gr. : fœtus compressus. Mort et momifié pain d'épices.

2° Fille, 1.080 gr. Siège.

D.N.C. Poids 490 gr. 2 masses placentaires séparées par un pont à 4 membranes. Une masse normale, l'autre aplatie en galette. Pas d'anastomoses. Bichoriale.

D. — *Expulsion retardée ou différée du 2° fœtus*

L'intervalle de temps qui sépare l'expulsion des 2 fœtus est une notion intéressante à noter :

— parce que les expulsions séparées par de longs intervalles peuvent entraîner des hémorragies, si le 1^{er} placenta est retenu *in utero*.

— parce que, la présence du 2° fœtus retenu dans la cavité utérine est souvent méconnue ;

— parce qu'enfin, l'expulsion du 1^{er} fœtus par avortement n'entraîne pas obligatoirement l'avortement du 2°. La grossesse en effet peut continuer son évolution jusqu'à terme. Il s'agit là d'ailleurs de cas très anciennement décrits (Vopiscus de Plaute).

Bien qu'exceptionnels, il faut en connaître l'existence, car leur méconnaissance entraînerait l'extraction artificielle du 2° jumeau retenu, extraction qui ne serait autre qu'un avortement provoqué.

Nous avons noté :

— 3 cas où l'expulsion du 2° fœtus a été retardée: 12 h., 14 h., 5 jours.

— 1 cas où elle a été différée avec expulsion à terme du 2° enfant vivant.

Nous résumerons très succinctement les observations des 3 premiers cas.

OBSERVATION 9 — Année 1904

Grossesse de 84 jours.

Après un travail court, l'expulsion d'un œuf complet de 180 gr. fait poser le diagnostic d'avortement simple.

Mais 12 heures après, les contractions douloureuses réapparaissent et aboutissent à l'expulsion d'un œuf clair pesant 50 grammes. Suites normales.

OBSERVATION 97 — Année 1943

Grossesse de 129 jours. Un travail court (3 heures) aboutit à l'expulsion d'un fœtus mort pesant 240 gr.

L'utérus reste gros et la présence d'une 2° poche des eaux fait porter le diagnostic de gémellaire.

L'inertie utérine persistant, on prescrit de la quinine 14 heures après : expulsion d'un fœtus mort pesant 240 gr.

Délivrance en 2 temps, 15 et 25 minutes après.

Suites subfébriles.

OBSERVATION 8 — Année 1903

Grossesse de 226 jours.

Expulsion en ville d'un fœtus non suivi de son placenta.

Envoyée à la clinique pour rétention placentaire. Mise en observation.

5 jours plus tard : contractions utérines.

— Expulsion du 1^{er} placenta avec son cordon. Poids, 90 gr.

Puis d'un œuf complet pesant 570 gr., contenant un fœtus de 280 gr.

Suites normales.

Voici notre seule observation d'expulsion différée du 2° fœtus :

OBSERVATION 23 — Année 1913

Secondipare de 29 ans.

Antécédents familiaux de gémellaires du côté paternel et maternel.

Antécédents obstétricaux : accouchement gémellaire prématuré en 1911 (fille 1.880 gr., garçon 2.470 gr., bien portants).

Après un début de grossesse normal, des contractions apparaissent le 174^e jour, qui aboutissent à l'expulsion d'un fœtus mort de 850 gr. suivi de son placenta.

L'utérus reste très gros. On s'aperçoit qu'il existe un fœtus vivant. La femme sort 4 jours après.

La grossesse continue son évolution jusqu'au voisinage du terme. La femme entre en travail le 274^e jour, soit 100 jours après l'expulsion du 1^{er} jumeau.

Durée du travail : 15 heures.

Accouchement normal d'un garçon vivant pesant 3.900 grammes, mesurant 52 cm.

Non décollement du placenta et hémorragie nécessitant une délivrance artificielle 2 heures après.

Suites de couches normales.

F. — *Les avortements triples*

Nous en avons noté 3 cas, soit 3 % des avortements multiples. Il s'agissait de 3 secondigestes de 21, 23 et 26 ans, dont 1 seulement présentait des antécédents gémellaires.

L'étiologie de l'avortement a pu être précisée dans les 3 cas.

1^o 2 fois, en effet, il s'agissait d'*insertion basse du placenta*. Cette étiologie n'étonnera pas si l'on se rappelle ce que nous avons dit à propos des insertions à distance des placentas séparés des gémellaires.

On conçoit qu'à plus forte raison, la présence de 3 placentas favorise l'insertion de l'un d'eux sur le segment inférieur.

Dans les 2 cas, en effet, à côté d'un placenta double unichorial inséré en bonne place, le 3^e placenta était inséré à distance sur le segment inférieur.

2^o Une fois un *hydramnios aigu* est venu compliquer l'évolution de l'œuf unichorial et a entraîné l'avortement au 149^e jour.

La symptomatologie diffère peu de celle des avortements gémellaires.

Mais, ici on peut voir théoriquement 2 temps de plus, par suite de la présence d'un fœtus et d'un placenta supplémentaire.

En pratique, on observe le plus souvent 4 ou 5 temps.

— 4 temps quand, à la suite de l'expulsion des 3 fœtus, les 3 placentas accolés, sortent ensemble.

— 5 temps quand on observe à la suite de l'expulsion de 3 fœtus, la sortie du placenta isolé puis du placenta de l'œuf unichorial.

Nous n'avons jamais rencontré les 6 temps théoriquement possibles.

Il s'agissait de 3 secondigestes de 21, 26 et 23 ans.

La durée de la grossesse fut respectivement de 109, 147 et 149 jours.

Le diagnostic de grossesse triple est impossible avant l'avortement à ce stade de la grossesse. La hauteur utérine plus qu'anormale pour l'âge de la grossesse fait en général porter le diagnostic de gémellaire.

Il peut être fait après la sortie du 1^{er} fœtus, quand on constate encore l'existence de plusieurs pôles, cliniquement :

— Dans 2 cas, on a noté des symptômes d'insertion basse du placenta.

— La distension utérine, plus précoce encore que dans les gémellaires :

H.U. : 26 cm. à 109 jours.

H.U. : 31 cm. à 147 jours.

explique les hémorragies mécaniques plus fréquentes encore que dans la gémellaire.

— Dans 1 cas, on a noté les symptômes de l'hydramnios aigu, avec une hauteur utérine de 40 cm. à 5 mois, date de l'avortement.

On conçoit le retentissement possible sur une

tuberculose pulmonaire, déjà exsitante qui prit une allure évolutive très grave.

Signalons de plus que dans un cas (observation 4^e), une albuminurie est apparue au 4^e mois et s'est maintenue malgré le régime entre 1 et 2 grammes jusqu'à l'avortement.

L'intoxication gravidique des grossesses triples plus précoce et plus fréquente est d'ailleurs un fait classique.

Voici le résumé des observations :

OBSERVATION 4 — Année 1896

Secondipare de 21 ans.

Rien à signaler dans les antécédents.

Antécédents obstétricaux : accouchement naturel à terme il y a 3 ans.

Durée de la grossesse triple, 140 jours.

Oedème léger des membres inférieurs. Céphalée persistante. Albuminurie 1 gr. persistant malgré le régime depuis 1 mois. 3 hémorragies à 1 semaine d'intervalle.

* Durée du travail : 2 heures.

Expulsion :

— d'une fille pesant 580 gr.,

— d'une fille pesant 550 gr., 5 minutes après la 1^{re},

— d'une fille pesant 430 gr., 5 minutes après la 2^e.

Enfants vivants, morts peu après. Délivrance naturelle complète, 20 minutes après. Placenta non pesé formé de 2 masses séparées dont 1 plus volumineuse à cloison bianniotique avec anastomoses vasculaires.

Suites non fébriles, mais albuminurie persistante.

OBSERVATION 14 — Année 1907

Secondipare^a de 26 ans. Procréateur, 27 ans.

Le procréateur a eu d'une autre femme 2 jumelles.

Antécédents obstétricaux : 1901, fille à terme, décédée à 9 mois.

Durée de la grossesse triple : 109 jours.

Evolution normale jusqu'à 3 mois.

A cette date : 1^{re} hémorragie traitée par repos et injection chaude.

Nouvelle hémorragie 15 jours plus tard.

Rupture prématurée des membranes.

Entrée en travail 24 heures après.

Expulsion de 3 garçons vivants, morts après quelques inspirations.

Le 1^{er} pesant 250 gr., mesurant 26 cm.

Le 2^e pesant 320 gr., mesurant 28 cm.

Le 3^e pesant 330 gr., mesurant 29 cm.

Délivrance artificielle dont la cause n'est pas précisée.

Placenta : 330 gr. 2 masses reliées par 1 pont membraneux.

La masse placentaire unique appartient à 1 œuf, renfermant 2 fœtus qui n'étaient pas séparés par une cloison amniotique.

Le cordon répondant à l'un des 2 fœtus, le 1^{er} sorti, est pourvu d'un méso qui se prolonge sur la cloison de séparation d'avec l'autre œuf.

A la base du méso, dans l'épaisseur des membranes, se trouve un caillot de la dimension d'une pièce de 5 francs. Ce cordon a une insertion marginale. Le cordon du 2^e fœtus possède également un méso qui s'insère au bord du placenta.

Pour le 2^e œuf, insertion excentrique du cordon.

Donc 1 œuf unichorial monoamniotique plus 1 œuf simple.

Suites normales.

OBSERVATION 70 — Année 1932

Secondipare, 23 ans. Procréateur, 27 ans.

BW négatif.

Antécédents héréditaires : tuberculose pulmonaire chez le père, chez les 2 sœurs et 1 frère, tous décédés.

Antécédents obstétricaux : accouchement naturel à terme : garçon 3.500 gr. en 1930.

Durée de la grossesse triple : 149 jours.

Au 3^e mois de la grossesse : apparition de toux, d'expectoration : lésion excavée du sommet droit, présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Création d'un pneumothorax artificiel.

Augmentation très rapide du volume de l'abdomen.

A 5 mois : hydramnios aigu. H.U. : 40 cm.

Durée du travail : 4 heures.

Expulsion d'un premier garçon en siège pesant 510 gr.

Rupture artificielle de la 2^e poche des eaux. Evacuation de 5 litres de liquide amniotique. Expulsion d'un 2^e garçon, pesant 520 gr. en conducatio corpore, 20 minutes après le premier. Expulsion d'un 3^e garçon pesant 390 gr., en conducatio corpore, 40 minutes après. Délivrance naturelle complète 35 minutes après. Placenta pesant 1.030 gr., 1 seule masse placentaire.

L'examen des membranes permet d'individualiser 2 œufs : 1 œuf unichorial biamniotique avec nombreuses anastomoses, 1 œuf simple.

Les suites sont très fébriles, en rapport avec une tuberculose pulmonaire évolutive. La malade est envoyée à l'hôpital Laënnec.

IV. — NOTIONS GÉNÉRALES TIRÉES DE LA STATISTIQUE

CONCERNANT :

- La durée du travail.
- Le poids des jumeaux.
- La différence de poids des deux jumeaux.
- La taille.
- Le sexe.

1° *La durée du travail*

Elle n'a été notée que dans 69 cas et calculée en heures et en minutes.

Nous donnerons les chiffres en heures (les minutes ont été ajoutées ou retranchées suivant qu'elles étaient plus ou moins de 30).

Durée du travail	Nombre de cas
2 heures	8
3 »	6
4 »	3
5 »	6
6 »	5
7 »	6
8 »	3
9 »	1
10 »	6
11 »	2
12 »	2
13 »	3
14 »	3
15 »	3
16 »	2
17 »	1
18 »	1
19 »	1
20 »	1
23 »	1
38 »	1
40 »	1

Durée du travail		Nombre de cas
55	»	1
60	»	1
72	»	1

On remarque ainsi la fréquence d'un travail assez long pour des avortements :

- 20 cas de plus de 12 heures,
- 5 cas de plus de 24 heures.

Ces derniers cas correspondent aux avortements tardifs (5° ou 6° mois) et parmi eux surtout aux avortements par hydramnios aigu avec utérus primitivement surdistendu et secondairement inerte.

C'est après ces longues durées de travail qu'on rencontrera le plus souvent les hémorragies de la délivrance.

2° *Le poids des jumeaux*

Il nous a paru intéressant de noter le poids des jumeaux pour montrer :

- l'inégalité fréquente des poids ;
- la fréquence de poids élevés dans les avortements spontanés tardifs ;
- enfin que certains jumeaux expulsés avant 6 mois peuvent dépasser 1.000 gr. lorsqu'il s'agit de grossesses unichoriales.

L'inégalité de développement y est manifeste et se fait au profit tantôt du transfuseur, tantôt du transfusé, suivant qu'il s'agit de transfuseur artériel ou veineux, de transfuseur actif ou passif.

Nous n'avons pu relever ce poids dans toutes les observations parce que :

- dans certains cas il n'a pas été noté ;
- dans d'autres, le poids de jumeaux n'a pas été dissocié de celui des placentas quand il s'agissait d'œufs complets ;
- dans d'autres enfin, l'avortement s'est fait en 2 temps, le 1^{er} temps en ville où le fœtus n'a pas été pesé.

Voici le détail des poids de 50 en 50 grammes.

Poids	Nombre de Jumeaux		
	1 ^{er} J.	2 ^e	Total
50.....	1	0	1
100.....	4	2	6
150.....	0	2	2
200.....	5	1	6
250.....	4	5	9
300.....	4	2	6
350.....	6	5	11
400.....	3	5	8
450.....	2	5	7
500.....	9	5	14
550.....	3	5	8
600.....	5	4	9
650.....	3	2	5
700.....	5	5	7
750.....	8	3	11
800.....	4	6	10
850.....	7	3	10
900.....	3	4	7
950.....	1	4	5
1.000.....	3	3	6
1.050.....	3	5	8
1.150.....	2	2	4
1.200.....	2	2	4
1.250.....	3	1	4
1.300.....	0	0	0
1.350.....	0	0	0
1.400.....	1	1	2

Dans l'ensemble, ces poids paraissent très élevés :

— 70 au-dessous de 500 gr.

— 100 au-dessus de 500 gr.

Mais nous avons vu qu'il s'agissait surtout d'avortements tardifs et que les poids supérieurs à 1.000 gr. étaient justement le fait des avortements gémellaires consécutifs à des grossesses unichoriales où les anastomoses vasculaires modifient l'équilibre circulatoire et entraînent ainsi mécaniquement les différences de poids considérables.

Ce sont ces différences que nous allons maintenant envisager.

3° Différence de poids entre les 2 jumeaux

Différence de poids en grammes	Nbre de cas
0.....	13
25.....	8
50.....	17
75.....	9
100.....	4
125.....	6
150.....	8
175.....	3
200.....	6
225.....	0
250.....	1
275.....	1
300.....	2
400.....	1
500.....	1
725.....	1
775.....	1
925.....	1

Sur 83 cas, on trouve 13 fois seulement des poids égaux, 70 fois des poids inégaux.

Sur ces 70 cas, on trouve que :

- 36 fois le 1^{er} jumeau est le plus gros,
- 34 fois, c'est le 2^e.
- 38 fois une différence n'excédant pas 100 gr.
- 23 fois une différence de 100 à 200 gr.
- 9 fois une différence supérieure à 200 gr.

On voit donc que, comme à terme d'ailleurs :

- l'égalité de poids est l'exception : 15,66 %,
- l'inégalité la règle : 84,34 %.

Mais, ces différences paraissent plus frappantes qu'à terme : les écarts sont proportionnellement plus grands eu égard au poids des jumeaux avortés.

En dehors de certaines différences très importantes expliquées lors de l'avortement par l'existence d'un jumeau mort (compressus ou macéré) et d'un jumeau vivant et qui sont alors sans intérêt, les écarts paraissent résulter :

- Dans les grossesses unichoriales : des anas-

tomoses vasculaires qui troublent la mécanique circulatoire et entraînent des inégalités de poids dont l'importance n'est pas atteinte ailleurs.

— Dans les grossesses bichoriales à placentas séparés : de l'inégalité des circulations placentaires due au fait de la greffe placentaire en des points plus ou moins propres à son développement.

— Dans les grossesses biovulaires enfin,

— Du *sexe* qui, dissemblable, peut expliquer de petites inégalités,

— De *facteurs génétiques* différents qui président au développement de l'embryon.

4° La taille

Nous pensons qu'à côté du poids, la notion de longueur des jumeaux a plus d'importance.

Nous avons relevé un certain nombre de mesures; malheureusement celles-ci n'ont pas toujours été faites et le trop petit nombre de chiffres nous empêche de fournir des données statistiques.

Nous remarquons toutefois qu'il y a :

— Égalité de longueur dans les Unichoriales pour des poids souvent différents.

— Inégalité fréquente dans les Bichoriales pour des poids parfois identiques.

La taille est donc moins liée à des facteurs secondaires de nutrition et relève essentiellement de facteurs génétiques.

5° Le sexe

Le sexe des jumeaux a pu être noté :

— Dans 75 observations d'avortements gémellaires ;

— Dans 3 observations de grossesses triples.

a) *Avortements gémellaires* :

On trouve :

— 63 couples unisexués dont :

31 paires de garçons,

32 paires de filles.

— 12 couples bisexués.

Il y a donc une fréquence anormale de couples unisexués : 63 sur 75, soit 84 %, chiffre qui s'explique par le plus grand nombre de grossesses unichoriales dont nous avons vu les raisons plus fréquentes d'interruption avant la date de viabilité des fœtus.

Mais il y a à peu près autant de couples unisexués mâles que femelles, si bien qu'on trouve finalement une proportion sensiblement équivalente de garçons : 74,

filles : 76.

b) *Grossesses triples* :

Nous trouvons :

— 1 fois : 3 filles,

— 2 fois : 3 garçons.

Sans qu'on puisse tirer de conclusions de faits trop peu nombreux.

LA DÉLIVRANCE

Nous réservons une étude spéciale à ce temps de l'avortement : expulsion du ou des placentas ou expulsions des caduques. Nous en avons déjà fait entrevoir les complications possibles en étudiant les symptômes de l'avortement en rapport avec les diverses étiologies.

Mais nous devons insister ici puisque c'est ce temps qui paraît avoir retenu surtout l'attention des auteurs. On signale en effet toujours quand on parle d'avortement gémellaire, la fréquence des rétentions placentaires, source d'hémorragie et d'infection, et l'on donne à ces rétentions l'explication suivante : disproportion entre le poids des fœtus et le volume du placenta gémellaire, les fœtus petits et malléa-

bles passent facilement et successivement à travers un col peu dilaté, mais les placentas souvent soudés sont retenus *in utero*, arrêtés par un col insuffisamment ouvert.

Nous ne nous contenterons pas de ces données classiques dont l'explication nous paraît assez théorique et que ne confirme pas la statistique.

Nous distinguerons tout d'abord 2 cas :

— les avortements des 4 premiers mois, où l'on peut observer les rétentions placentaires ou des caduques ;

— les avortements tardifs : 5^e et 6^e mois, où l'on verra :

— des hémorragies de la délivrance ;

— l'absence de décollement des placentas.

1^o Les avortements des 4 premiers mois

C'est parmi eux qu'on pourra voir des rétentions de caduques ou de placenta suivant la date.

Nous envisagerons successivement 2 questions :

— Les rétentions placentaires sont-elles plus fréquentes au cours des avortements gémellaires ?

— L'arrêt mécanique qu'oppose le col suffit-il à les expliquer ?

a) Les rétentions placentaires ne sont pas plus fréquentes au cours des avortements gémellaires.

Ne considérons que les avortements survenus avant le 5^e mois. Nous trouvons 2 cas sur 16. Soit : 12 % environ. Ce chiffre pourrait même étonner puisqu'il est certainement inférieur à celui trouvé pour les avortements simples, nous en verrons les raisons.

b) Faut-il accorder une valeur à l'explication classique de l'arrêt par le col ? nous ne le pensons pas. La dilatation du col dépend essentiellement du travail abortif, c'est-à-dire de la dynamique utérine. Lorsque le travail abortif se produit suivant son

mécanisme habituel, l'expulsion du placenta suit celle des fœtus. Au contraire, lorsqu'il s'agit d'un utérus infecté :

- soit primitivement endométrite,
- soit secondairement manœuvres abortives.

La dynamique utérine est modifiée, le travail ne se complète pas :

- si les membranes sont intactes, il y a rétention ovulaire ;
- si l'œuf est ouvert, il arrive que le ou les fœtus, entraînés par le liquide amniotique, glissent à travers le col, mais la masse placentaire reste *in utero*.

Dès lors, plusieurs éventualités peuvent se produire :

Reprise ultérieure des contractions et expulsions des placentas.

— Placenta en partie décollé et hémorragie nécessitant une intervention.

— Placenta décollé et retenu faute de travail à l'origine d'infection.

A l'appui de ces considérations, nous citerons 2 faits concernant des avortements en général.

1° La fréquence après manœuvres abortives, voire même après curage ou curetage, de la rétention d'un petit fragment placentaire libre dans un utérus inerte, va-t-on évoquer pour lui une cause mécanique siégeant au col ou n'est-il pas plus logique d'incriminer l'inertie du muscle impuissant à chasser un contenu que le col n'arrêterait pas.

2° La fréquence des rétentions placentaires dans les utérus infectés à col ouvert où l'introduction d'un ou de deux doigts sans dilatation préalable permet un curage facile et l'extraction du placenta.

Le degré de dilatation du col est donc un facteur secondaire : la contractilité utérine prime tout,

tout placenta, fût-il de gémellaire, c'est-à-dire plus large, plus étalé, ou double, peut passer sans supplément de dilatation à travers un col qui a permis le passage d'un fœtus de 3 à 4 mois. Mais le fœtus glisse sur l'amnios ; le placenta, même lorsqu'il ne présente pas d'adhérences anormales, ne bénéficie pas des mêmes conditions, il lui faut une contraction utérine suffisante pour l'expulser.

Il n'y a donc pas plus qu'ailleurs de facteur mécanique, tenant au col dans l'étiologie des rétentions placentaires gémellaires.

On peut même dire qu'il y en a moins : à ceci nous donnons l'explication suivante :

En matière d'avortement, et en dehors bien entendu de grandes distensions pathologiques de l'hydramnios aigu, plus l'utérus est développé, plus franc est le travail abortif et partant la dilatation du col. La taille d'un utérus de gémellaire de 3 ou 4 mois atteint celle d'un utérus de grossesse simple de 5 ou 6 mois. C'est dire que le travail abortif, rappelle déjà le travail de l'accouchement prématuré.

Il ne s'agit plus alors de contractions utérines, irrégulières, mais d'un véritable travail abortif de plusieurs heures aboutissant à la dilatation plus facile d'un col plus souvent effacé.

En conclusion :

— Il n'y a pas d'obstacle mécanique dû au col.

— Les rétentions sont moins fréquentes parce que le travail est plus franc et la dilatation du col meilleure.

Les rétentions placentaires qu'on constate sont toujours le fait :

— soit d'utérus infectés atones ;

— soit d'adhérences placentaires anormales.

2° *Les avortements tardifs* (4°, 5° mois)

Après ces avortements gémellaires tardifs dont la symptomatologie rappelle celle des accouche-

ments prématurés, la délivrance peut être marquée par 2 complications :

- les hémorragies,
- le non décollement du placenta.

a) *Les hémorragies.*

Nous en avons observé 10 cas :

Il s'agissait de 5 primigestes et 5 multigestes.

Ces hémorragies sont consécutives à un travail long et dû :

- soit à des adhérences placentaires anormales (endométrite, placenta prævia) ;
- soit à l'inertie utérine consécutive à la surdistension (hydramnios aigu).

Elles sont apparues :

- soit avant la délivrance,
- soit après la délivrance du 1^{er} placenta et avant celle du 2^e (2 cas caractéristiques des bichorales).

Son abondance a rarement inquiété :

- 2 fois pourtant il s'agissait d'une hémorragie de plus de 1.000 gr. ;
- 1 seule fois, des signes de shock d'ailleurs légers sont apparus.

Elles ont nécessité : 10 délivrances artificielles.

Elles ont été suivies :

- 4 fois de suites normales,
- 3 fois de suites subfébriles,
- 3 fois de suites fébriles avec endométrite.

EN CONCLUSION : On peut dire que l'hémorragie est moins fréquente, moins abondante, plus souvent isolée sans signes de shock et donc moins grave qu'à terme.

b) *Les non décollements placentaires.*

Ils sont dus à l'inertie utérine bien plus souvent qu'à des adhérences anormales.

Nous en avons observé 5 cas qui ont nécessité 5 délivrances artificielles.

3° Nous donnerons maintenant les chiffres tirés de la statistique générale et concernant toutes les délivrances.

a) *La délivrance spontanée est la règle* : $\frac{3}{4}$ des cas environ. Dans 76 cas en effet, on n'a pas eu à intervenir du fait de la délivrance et ces 76 cas se décomposent ainsi :

— 62 fois, délivrance naturelle et complète dans les 2 heures qui ont suivi l'avortement, dont :

— 58 en 1 temps,

— 4 en 2 temps, les 2 placentas étant séparés par un intervalle variant de 5 à 20 minutes ;

— 9 fois l'expulsion du 1^{er} jumeau a été suivie de l'expulsion de son placenta puis de l'expulsion d'un œuf complet ;

— 2 fois, l'avortement s'est produit en 4 temps, chaque jumeau étant suivi de son placenta ;

— 1 fois, il y a eu expulsion séparée de 2 œufs complets ;

— 1 fois, expulsion unique : œuf complet contenant 2 fœtus ;

— 1 fois, avortement du 1^{er} jumeau, et délivrance naturelle du premier placenta, et continuation de la grossesse jusqu'à terme.

b) *Dans $\frac{2}{4}$ cas, on a dû intervenir, soit $\frac{1}{4}$ des cas, environ, ces interventions ont consisté en délivrances artificielles, révisions utérines ou curage, et nous en verrons le détail au chapitre qui les concerne.*

c) *Le poids du placenta.*

Il apparaît comme très variable, dépendant essentiellement de la date de l'avortement, parfois aussi de causes pathologiques (syphilis, hydramnios). Il n'a pas toujours été noté dans les observations :

— soit que dans les avortements jeunes, le curage n'ait ramené que des fragments de caduque ou des débris placentaires.

— soit qu'il y ait eu avortement d'œufs complets et qu'on ait pesé l'œuf sans préciser le détail.

Nous l'avons relevé dans 79 observations :

Poids des 2 placentas	Nombre de cas
Moins de 100 grammes.....	2
100 à 200 gr.	8
200 à 300 gr.	10
300 à 400 gr.	9
400 à 500 gr.	26
500 à 600 gr.	13
600 à 700 gr.	6
700 à 800 gr.	2
800 à 900 gr.	1
900 à 1.000 gr.	2

Ces poids n'étonnent pas, vu l'âge des avortements, la majorité se groupe entre 400 et 500 gr., soit 250 gr. par fœtus.

TRAITEMENT

Le traitement peut être préventif ou curatif.

1° *Préventif*. — C'est le traitement habituel des causes de l'avortement. Traitement de l'endométrite.

Traitement de la syphilis : à ce propos, rappelons qu'il n'y a pas lieu de faire des antécédents de gémellaires comme il est encore classique, un « stigmate » de syphilis et de traiter systématiquement toute femme ayant présenté une grossesse gémellaire. Nous avons donné ailleurs les raisons de cette abstention.

2° *Curatif*. — Il peut s'adresser :

- à la menace,
- à l'avortement,
- à ses complications.

a) *La menace* : Le traitement consiste en :

— Repos au lit, injection de progestérone pour diminuer la contractilité utérine. Ce traitement peut agir remarquablement si la distension utérine de la gémellaire est seule en cause vers le 5° ou 6° mois. Il met l'utérus au repos et permet souvent ainsi d'atteindre la date de viabilité des fœtus.

— Il est le plus souvent sans effet s'il existe des facteurs associés : endométrite ou placenta prævia.

— Il est inutile dans certains cas : hydramnios aigu.

b) *L'avortement ou ses complications*.

Les interventions ont été relativement rares.

Elles intéressaient :

- surtout les placentas,
- rarement les fœtus,
- parfois l'œuf lui-même.

Voici le détail de ces interventions.

— *Pose de lamineaires* pour rétention ovulaire :

1 cas, observation 84, année 1937.

— *Pose de Ballon*, pour rétention ovulaire avec hémorragie ou infection. Cette pose a parfois été précédée de dilatation aux bougies de Hégar :

Observation 28, année 1915,

Observation 47, année 1925,

Observation 80, année 1936,

Observation 82, année 1937.

— *Extraction de jumeaux*.

Des 2, pour inertie : 1 cas.

Du 2°, pour inertie, 3 cas :

Observation 53, année 1927,

Observation 89, année 1938,

Observation 96, année 1941.

Curage :

— pour rétention d'œuf complet :

Observation 69, année 1932 ;

— pour rétention placentaire :

Observation 11, année 1906.

— *Délivrance artificielle* :

— Systématique après extraction du 2° (observations 14 et 89).

— Pour non décollement (observations 44, 45, 46, 53, 78).

— Pour hémorragie : avant la délivrance : 8 cas (obs. 16, 17, 64, 66, 81, 92, 94, 96).

— Entre les 2 délivrances : 2 cas (obs. 24, 51).

— *Révision utérine* pour placenta douteux :

4 cas (observations 31, 41, 54, 88).

— Ajoutons à ces interventions par voie basse, une *cœliotomie exploratrice* pour trancher un diagnostic hésitant entre kyste de l'ovaire et hydramnios aigu, suivie d'hystérotomie.

Cette intervention qui concerne 1 cas ancien, ne serait plus de mise à l'heure actuelle depuis la découverte du diagnostic biologique de la grossesse.

PRONOSTIC

Les suites ne paraissent pas plus troublées qu'après les avortements simples.

Il faut étudier les facteurs de morbidité et de mortalité.

1) *Morbidité*

Elle paraît relativement peu élevée.

On note en effet :

— 74 cas de suites normales.

— 8 cas de suites subfébriles avec température n'ayant pas dépassé 38.

— 15 cas de suites nettement fébriles avec température dépassant 38. Signes d'endométrite et lochies fétides. Mais ces signes ont cédé au repos, à la glace et à la thérapeutique anti-infectieuse, la femme ayant pu sortir apyrétique le 12^e jour.

— 2 cas enfin, où les suites furent très fébriles, mais il s'agissait de 2 tuberculoses pulmonaires évolutives.

2) *Mortalité*

En dehors de ce seul cas de mortalité par tuberculose pulmonaire évolutive (décès le 4^e jour), nous ne trouvons aucun décès, du fait des conséquences de l'avortement gémellaire proprement dit (hémorragie, infection ou shock).

Nous ne pouvons comparer cette statistique si spéciale d'avortements gémellaires souvent tardifs et pathologiques plus que traumatiques à une statistique d'avortements simples plus souvent précoces et provoqués.

On peut tout juste tenter une comparaison entre avortement et accouchement gémellaire d'après notre statistique d'accouchements portant sur les 30 dernières de ces mêmes années.

Sur 1.000 cas, nous trouvons 30 cas de mort, soit 3 %.

Sur ces 30 cas, 27 sont directement en rapport avec l'accouchement, la délivrance ou ses suites, qu'il s'agisse d'hémorragie, de shock ou de septicémie.

On peut donc conclure :

— *Dans l'avortement* : 0 % de mortalité du fait de l'avortement proprement dit.

1 % de mortalité globale (1 cas de tuberculose pulmonaire).

— *Dans l'accouchement* :

3 % de mortalité globale et 2,7 % du fait de l'accouchement proprement dit.

OBSERVATIONS

Nous donnerons encore le résumé de quelques observations non consignées dans le texte et se rapportant à des avortements tardifs.

OBSERVATION 3 — Année 1895

Primipare, 30 ans.
Antécédents familiaux de gémellaires.
Antécédents personnels, R.A.A.
Durée de la grossesse gémellaire, 173 jours.
Durée du travail non précisée.
Expulsion de 2 garçons vivants :
— Le 1^{er}, 750 gr., 35 cm.
— Le 2^e, 700 gr., 36 cm.
Délivrance naturelle complète 40 minutes après.
Placenta : 410 gr., 2 masses distinctes. Bichoriale.
Suites normales.

OBSERVATION 6 — Année 1901

Quatrième-pare, 31 ans.
Antécédents obstétricaux : 3 accouchements à terme. Enfants vivants.
Durée de la grossesse gémellaire, 112 jours.
Durée du travail : 2 h. 15.
Expulsion : garçon, 180 gr., 22 cm.
 garçon, 150 gr., 21 cm.
Délivrance naturelle complète, 10 minutes après.
Placenta, 200 gr. Unique. Cloison à 2 membranes.
Anastomoses.
Unichoriale bianniotique.
Suites normales.

OBSERVATION 12 — Année 1907

Secondipare, 21 ans, Procréateur, 24 ans.
Antécédents obstétricaux : 1 accouchement à terme. Enfant vivant.
Durée de la grossesse : 169 jours.

Durée du travail non précisée.
Expulsion : garçon, 850 gr., 37 cm., vivant,
garçon, 900 gr., 37 cm., vivant.
Délivrance naturelle complète, 30 minutes après. Placenta, 425 gr.
Unichoriale.
Suites normales.

OBSERVATION 18 — Année 1911

Secondipare, 23 ans. Procréateur, 27 ans.
Antécédents obstétricaux : 1 accouchement à terme. Enfant vivant.
Durée de la grossesse gémellaire : 180 jours.
Durée du travail : 10 h. 30.
Expulsion : Fille, 50 gr., 35 cm., vivante.
Placenta total.
Fille, 600 gr., 32 cm., mort-née.
Le placenta sorti avant le 2^e fœtus. Poids 520 gr.
1 masse. Cloison à 2 membranes. Unichoriale biamnionique.
Suites normales.

OBSERVATION 20 — Année 1911

Primigeste de 25 ans. Procréateur, 25 ans.
Durée de la grossesse : 172 jours.
Durée du travail : 13 h. 10.
Expulsion de 2 garçons vivants pesant chacun 850 gr.
Délivrance naturelle complète, 10 minutes après.
Placenta, 530 gr. Une masse unique. Cloison à 4 membranes.
Bichoriale.
Suites normales.

OBSERVATION 21 — Année 1911

Troisièmepare, 23 ans. Procréateur, 24 ans.
Antécédents personnels : scarlatine.
Antécédents obstétricaux : 2 accouchements à terme. Enfants vivants.
Durée de la grossesse : 168 jours.
Durée du travail : 13 h. 45.
Expulsion : Fille, 850 gr., siège, vivante.
Fille, 800 gr., siège, vivante.

OBSERVATION 27 — Année 1914

Secondipare, 26 ans. Procréateur, 36 ans.
Antécédents obstétricaux : 1 accouchement à terme. Enfant vivant.

Durée de la grossesse : 189 jours.

Durée du travail : 4 h. 30.

Expulsion : Garçon, 1.000 gr., mort-né.

Fille, 920 gr., mort-née.

Délivrance naturelle complète : 30 minutes après.

Placenta : 2 masses : 250 + 220 gr. Bichoriale.

Suites normales.

OBSERVATION 29. — Année 1915

Troisièmepare, 38 ans. Procréateur, 52 ans.

Antécédents obstétricaux : 2 accouchements à terme. Enfants vivants.

Durée de la grossesse : 161 jours.

Durée du travail : 2 heures.

Expulsion : Garçon, 1.200 gr., vivant,

Garçon, 900 gr., mort-né.

Délivrance naturelle complète, 30 minutes après. Placenta sans renseignements.

Suites normales.

OBSERVATION 32 — Année 1917

Secondipare, 16 ans. Procréateur, 35 ans.

Antécédents obstétricaux : avortement 6 mois. Fœtus vivant.

Durée de la grossesse : 159 jours.

Durée du travail : non précisée.

Expulsion : Garçon, 300 gr., vivant.

Garçon, 200 gr., vivant.

Délivrance naturelle complète, 30 minutes après. Placenta 300 gr. Sans renseignements.

Suites normales.

OBSERVATION 33 — Année 1918

Troisièmepare, 34 ans. Procréateur, 34 ans.

Antécédents personnels : salpingite à 25 ans.

Antécédents obstétricaux : 2 garçons vivants.

Durée de la grossesse : 179 jours.

Expulsion : Garçon, 1.000 gr.

Garçon, 1.050 gr.

Délivrance naturelle complète :

20 minutes après, poids 330 gr.

30 minutes après, poids 320 gr.

Bichoriale.

Suites fébriles pendant 5 jours.

OBSERVATION 35 — Année 1919

Primigeste, 26 ans. Procréateur, 27 ans.

Durée de la grossesse : 159 jours.

Rupture prématurée des membranes.

Durée du travail : 4 h. 45.

Expulsion : Fille, 600 gr., vivante,

Fille, 750 gr., vivante.

Délivrance naturelle complète : 55 minutes après.

Placenta, 450 gr. Unique cloison à 4 membranes.

Pas d'anastomoses bichoriale.

Suites fébriles. Endométrite. Rétention des membranes.

OBSERVATION 55 — Année 1928

Quatrièmegeste, 23 ans. Procréateur, 26 ans.

BW négatif.

Antécédents obstétricaux : 2 grossesses à terme. Enfants vivants ; 1 avortement de 3 mois $\frac{1}{2}$.

Durée de la grossesse : 150 jours.

Rupture prématurée des membranes.

Durée du travail : 72 h. 15.

Pose de Ballon pour inertie et température.

Expulsion : 2 garçons vivants pesant 680 gr. chacun.

Délivrance naturelle complète. Placenta, 400 gr.

Bichoriale. Suites normales.

OBSERVATION 58 — Année 1929

Primigeste, 19 ans. Procréateur, 24 ans.

BW négatif.

Durée de la grossesse : 143 jours.

Durée du travail : 9 h. 30.

Expulsion : Garçon, 860 gr., vivant.

1^{er} placenta.

Garçon, 800 gr., vivant.

2^e placenta 20 minutes après.

Bichoriale.

Suites normales.

OBSERVATION 61 — Année 1930

Troisièmegeste, 38 ans. Procréateur, 25 ans.

BW négatif.

Antécédents obstétricaux :

1916 avortement de 5 mois $\frac{1}{2}$.

1928 avortement de 4 mois.

Durée de la grossesse gémellaire : 166 jours.

Durée du travail : 13 heures.

Expulsion : Fille, 800 gr., vivante,

Fille, 770 gr., vivante.

Délivrance naturelle complète, 20 minutes après.

Placenta, 800 gr.

Bichoriale.

Suites normales.

OBSERVATION 64 — Année 1930

Primipare, 20 ans. Procréateur, 20 ans.
BW négatif.
Durée de la grossesse : 146 jours.
Vomissements les 3 premiers mois.
Durée du travail, 8 heures.
Expulsion : Fille, 470 gr., morte. Infiltration sero-sanguine sans macération ;
Fille, 410 gr., vivante.
Délivrance naturelle complète : 2 h. 40 après.
Placenta, 470 gr., 2 masses, 4 membranes. Pas d'anté-
tomose.
Bichoriale.
Suites normales.

OBSERVATION 65 — Année 1931

Primigeste, 18 ans. Procréateur, 18 ans.
BW négatif.
Antécédents de gémellaire chez la mère.
Durée de la grossesse : 156 jours.
Durée du travail : inconnue.
Expulsion : Fille, 480 gr.
Fille, 720 gr.
Délivrance naturelle complète. Placenta 410 gr. Masse unique avec 2 zones de coloration différente, de surface et d'étendue inégales.
— 1 zone normale occupant plus de la moitié de la surface avec 1 cordon plus gros que l'opposé correspondant au plus gros enfant.
— 1 zone blanchâtre, moins étendue. Petit cordon.
Unichoriale. Monoamniotique.
Suites normales.

OBSERVATION 73 — Année 1933

Quatrièmegeste, 31 ans. Procréateur, 33 ans.
BW négatif.
Antécédents obstétricaux : 3 accouchements à terme. Enfants vivants.
Durée de la grossesse gémellaire, non précisée (nourrice).
Durée du travail : 5 h. 10.
Expulsion : Garçon, 720 gr.
Garçon, 770 gr., 10 minutes après le 1^{er}.
Délivrance naturelle complète, 40 minutes après.
Placenta, 580 gr. 1 seule masse, 2 poches amniotiques, sans autres renseignements.
Suites normales.

OBSERVATION 74 — Année 1933

Primigeste, 21 ans. Procréateur, 25 ans.
 BW négatif.
 Durée de la grossesse : 146 jours.
 Apparition de douleurs hypogastriques 15 jours avant le début du travail.
 Durée du travail : 15 h. 30.
 Expulsion : Garçon, 640 gr., mort,
 Garçon, 610 gr., vivant.
 Délivrance artificielle, 40 minutes après pour hémorragie.
 Placenta, 330 gr. Unique. Nombreuses anastomoses.
 Unichoriale. Biamniotique.
 Suites subfébriles.

OBSERVATION 76 — Année 1935

Secondigeste, 26 ans. Procréateur, 27.
 BW négatif.
 Antécédents obstétricaux : 1 accouchement à terme. Enfant vivant.
 Durée de la grossesse gémellaire : 156 jours.
 Durée du travail : 9 h. 50.
 Expulsion : Garçon, 500 gr., vivant,
 Garçon, 560 gr., vivant.
 Délivrance naturelle complète, 5 minutes après. Unique.
 Poids, 400 gr.
 Cloison à 4 membranes. Pas d'anastomoses.
 Bichoriale.
 Suites normales.

OBSERVATION 87 — Année 1938

Primigeste, 16 ans. Procréateur, 25 ans.
 BW négatif.
 Durée de la grossesse : 174 jours.
 Rupture prématurée des membranes.
 Durée du travail : 3 heures.
 Expulsion : Fille, 870 gr., vivante.
 Fille, 1.000 gr., vivante.
 Délivrance naturelle complète, 25 minutes après.
 Placenta, 600 gr. 1 seule masse. Pas d'anastomoses.
 4 membranes.
 Bichoriale.
 Suites normales.

OBSERVATION 91 — Année 1939

Primigeste, 28 ans. Procréateur, 31 ans.
 BW négatif.

Durée de la grossesse : 135 jours.
 Durée du travail : 6 h. 55.
 Expulsion : Fille, 480 gr.
 Fille, 450 gr.
 Délivrance naturelle complète, 20 minutes après.
 Placenta, 270 gr. 2 masses. 4 membranes. Pas d'anastomoses.
 Bichoriale.
 Suites fébriles.

OBSERVATION 95 — Année 1941

Primigeste de 29 ans. Procréateur, 32 ans.
 BW négatif.
 Antécédents personnels : tuberculose pulmonaire gauche en 1934. Traitée par pneumothorax artificiel depuis 1935.
 Actuellement, BK négatif.
 Durée de la grossesse : 164 jours.
 Durée du travail : 5 h. 20.
 Expulsion : Garçon, 750 gr. Siège : vivant.
 1^{er} placenta 5 minutes après. Poids 220 gr.
 Fille, 600 gr. Siège : vivante.
 2^e placenta, 220 gr., 20 minutes après.
 Bichoriale ; suites fébriles.

OBSERVATION 98 — Année 1943

Primigeste, 21 ans. Procréateur, 30 ans.
 BW négatif.
 Durée de la grossesse : 166 jours.
 Durée du travail : 10 heures.
 Expulsion : Garçon, 800 gr. Siège, vivant,
 Garçon, 910 gr. Siège, vivant.
 Délivrance naturelle complète, 30 minutes après.
 Placenta, 730 gr. Une masse. Clotson à 4 membranes.
 Pas d'anastomoses.
 Bichoriale.
 Suites normales.

OBSERVATION 99 — Année 1943

Quatorzièmpare, 38 ans. Procréateur différent, 30 ans.
 Antécédents personnels : Tuberculose rénale. Pyonéphrose droite fermée. Pas de BK dans les urines.
 Antécédents obstétricaux :
 10 grossesses normales,
 3 fausses couches dont 1 gémellaire.
 Durée de la grossesse : 146 jours.
 Expulsion : Garçon, 70 gr.
 Garçon, 250 gr., 1 heure après.

Délivrance artificielle, 1 heure après, pour hémorragie et non décollement. Placenta non pesé.

Bichoriale.

Suites normales.

OBSERVATION 100 — Année 1943

Secondigeste, 34 ans. Procréateur, 34 ans.

BW négatif.

Antécédents obstétricaux : 1933, garçon, 4.000 gr., vivant.

Durée de la grossesse : 145 jours.

Légère hémorragie à 4 mois.

Durée du travail : non précisée.

Expulsion : Fille, 570 gr., vivante,

Fille, 490 gr., vivante.

Intervalle, 55 minutes.

Délivrance naturelle complète, 1 heure après.

Placenta, 420 gr., 1 seule masse. 4 membranes.

Pas d'anastomoses. Bichoriale.

Suites normales.

CONCLUSIONS

1° — Si l'on ne tient compte que des avortements non traumatiques, on trouve 6 % de grossesses gémellaires interrompues au cours des 6 premiers mois.

2° — Parmi ces avortements non provoqués, la plupart sont des avortements tardifs et surviennent au cours des 5° et 6° mois.

3° — La grossesse gémellaire aboutit plus souvent à l'avortement chez les femmes jeunes primipares ou secondigestes que chez les multipares âgées.

4° — La proportion de grossesses unichoriales et notamment monoamniotiques est plus élevée au cours des avortements que des accouchements gémellaires.

5° — Toutes les causes d'avortement rencontrées ailleurs, peuvent se voir en cas de gestation gémellaire.

a) Parmi les causes générales :

— *La syphilis* a un double intérêt, non seulement elle joue dans les mécanismes habituels de l'avortement, mais encore elle paraît jouer un certain rôle dans la genèse des grossesses gémellaires unichoriales qui prédisposent plus elles-mêmes à l'avortement.

— *La tuberculose*, déjà très défavorablement influencée par l'apparition d'une grossesse simple, prend parfois une allure rapidement évolutive lorsqu'il s'agit d'une grossesse gémellaire, et à plus forte raison triple. Elle entraîne alors précocement un état asphyxique et cachectique qui aboutit à

l'avortement par troubles de l'hématose. La mort de l'œuf précède souvent de peu celle de la mère.

b) Parmi les causes locales :

En dehors des *endométrites*, l'avortement gémellaire résulte :

- de l'hydramnios aigu des grossesses unichoriales ;
- de l'insertion basse du placenta qui donne ici fréquemment des hémorragies plus précoces ;
- parfois de l'hématome rétro placentaire lié à un syndrome d'intoxication gravidique précoce.

6° — La date et la cause de l'avortement sont les 2 facteurs qui conditionnent le tableau clinique.

Réduit parfois à l'expulsion en un temps d'un œuf complet contenant 2 petits fœtus, il présentera ailleurs 3 ou 4 temps dans les grossesses doubles, 4 ou 5 dans les grossesses triples.

— *La cause* de l'avortement gémellaire

— rend compte notamment des symptômes prémonitoires,

— c'est ainsi que :

a) *L'avortement par hydramnios aigu*

est précédé de signes mécaniques dus à la surdistension utérine. La rupture de la poche des eaux devance, le plus souvent de quelques heures, le déclanchement du travail. Mais parfois celui-ci précède la rupture lorsque c'est le 2° œuf qui est le siège de l'hydramnios.

b) *L'avortement par insertion basse*

est précédé d'hémorragies externes indolores et abondantes, ces hémorragies plus précoces apparaissent en général au cours du 5° mois.

Notons que ces décollements hémorragiques de placentas jeunes aboutissent le plus souvent à la

mort de l'œuf, en sorte que le travail abortif se fait sans nouvelle hémorragie.

c) *L'avortement par endométrite*
est précédé des signes d'infection de la muqueuse utérine : hydrohématorrhée.

S'il aboutit parfois à l'expulsion d'œuf complet, il donne par ailleurs des délivrances troublées par des hémorragies ou des adhérences placentaires.

d) *Les avortements syphilitiques*
aboutissent à l'expulsion de fœtus morts dont les lésions sont en général à des degrés différents.

e) *Les avortements chez les tuberculeuses*
sont en rapport avec la gravité des lésions évolutives pulmonaires ; ils précèdent de peu la mort de la mère.

f) *Les avortements provoqués*
n'ont pas, semble-t-il, la gravité qu'on leur accorde habituellement.

g) Certains faits plus rares méritent d'être signalés :

- l'avortement d'un *fœtus momifié* à côté d'un *fœtus* vivant ;
- l'avortement d'un fœtus malformé ou d'un *monstre* dans les unichoriales ;
- l'avortement d'un fœtus avec continuation de la grossesse jusqu'à terme et naissance du 2^e jumeau vivant.

h) Signalons enfin que :

Les *poids* des jumeaux sont le plus souvent inégaux.

L'égalité de *taille* plus fréquente dans les unichoriales ne va pas toujours avec l'égalité des poids du fait de mécanismes pathologiques (hydramnios).

7° — *Les complications*
sont différentes suivant la date de l'avortement.

a) Dans les avortements des 3^e et 4^e mois, les rétentions placentaires, contrairement à l'opinion, classique, ne sont pas plus fréquentes.

Il n'y a pas d'obstacle mécanique dû au col, la cause est au corps : contractilité utérine.

La dilatation du col qui a permis le passage d'un fœtus permettra le passage du placenta, fût-il double, mais :

— le fœtus bénéficie de conditions spéciales : surface lisse de l'amnios, liquide amniotique ;

— le placenta a besoin de la contractilité utérine pour être expulsé.

— Les rétentions placentaires sont moins fréquentes parce que le travail abortif d'un utérus plus développé et plus franc.

— Lorsqu'elles existent, elles sont, ici comme ailleurs, le fait :

— soit d'utérus infectés atones ;

— soit d'adhérences placentaires anormales.

— Le curage fait sans supplément de dilatation supplée par sa traction à la contraction utérine défaillante.

b) Dans les avortements tardifs (5^e et 6^e mois) dont la symptomatologie rappelle celle des accouchements prématurés, les hémorragies de la délivrance peuvent se voir, mais elles n'ont pas la gravité de celles de l'accouchement.

8° — *Le Pronostic*

ne paraît pas mauvais dans l'ensemble.

Mortalité globale : 1 % (1 cas de mort par tuberculose pulmonaire).

Morbidité : 25 %, dont :

2 % de tuberculose pulmonaire,

8 % de suites subfébriles,

15 % de suites fébriles avec endométrite.

Ce peu de morbidité tient évidemment au fait

que cette statistique réunit surtout des cas d'avortements non provoqués.

Elle est intéressante à connaître, car ces avortements non infectieux n'entraînent pas très souvent de stérilité ultérieure.

9° — *Le traitement* est commandé par les mêmes règles que dans les avortements simples, tant au point de vue préventif que curatif. Toutefois, il faut tenir compte de l'existence du 2^e fœtus lorsque sa poche des eaux est intacte, car il peut continuer son évolution jusqu'à terme. Son extraction n'est justifiée qu'en cas d'hémorragie ou d'infection qui menacent la vie de la mère.

Vu: *Le Doyen*,
BAUDOUIN.

Vu: *Le Président de Thèse*,
L. PORTES.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.